

TRAITÉ

PRATIQUE ET ÉLÉMENTAIRE

DE

PATHOLOGIE

SYPHILITIQUE ET VÉNÉRIENNE.

Paris. — A. PARENT, Imp. de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.

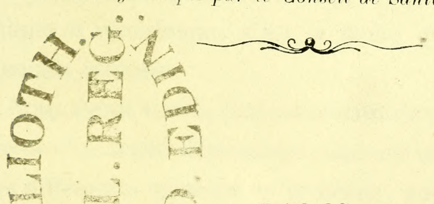
TRAITÉ
PRATIQUE ET ÉLÉMENTAIRE
DE
PATHOLOGIE
SYPHILITIQUE ET VÉNÉRIENNE

PAR MM. LES DOCTEURS

L. BELHOMME ET AIMÉ MARTIN

Ancien interne du Midi et de Lourcine, Ancien interne de Saint-Lazare.

Ouvrage adopté par le Conseil de Santé des Armées.



PARIS
A. COCCOZ, LIBRAIRE-ÉDITEUR
30 et 32, rue de l'École-de-Médecine

1864

PRÉFACE

Il n'est pas de branche de la science médicale qui, depuis quelques années, ait subi plus de transformation que la syphiliographie.

Les nombreux travaux publiés sur ce sujet important sont épars dans les recueils périodiques et dans les bulletins des sociétés savantes; il était utile de résumer ces documents précieux dans un livre destiné à présenter un tableau complet de l'état actuel des diverses questions qui se rattachent à la pathologie syphilitique et vénérienne; c'est la tâche que nous nous sommes imposée.

Nous avons voulu, tout en restant dans le cadre restreint d'un traité élémentaire, donner une idée exacte des différentes opinions en présence, nous avons attaché tous nos soins à faire ressortir les preuves historiques et expérimentales sur lesquelles s'appuie la théorie du dualisme à laquelle nous nous rallions complétement.

Les divers points de la pathologie générale qui sont du domaine de la syphilis, et, en particulier, tout ce qui se rapporte au mode d'action du virus et à la contagion, ont été l'objet d'un article spécial dans lequel nous avons résumé les recherches modernes qui sont venues jeter un jour éclatant sur ces questions fondamentales.

Dans le chapitre consacré aux syphilides, nous avons mis à profit les travaux si remarquables de la nouvelle école de Saint-Louis, et dans celui qui a trait aux affections syphilitiques de l'œil, nous avons décrit avec soin les diverses lésions que l'examen ophthalmoscopique a permis de reconnaître. On trouvera aussi dans notre traité une étude histologique des productions morbides résultant de la diathèse, étude à laquelle les découvertes récentes donnent une grande importance.

Nous n'avons pas négligé non plus les questions pratiques et nous avons apporté toute notre attention au diagnostic et au traitement. Nous avons eu pour but de faire un livre qui fût non-seulement l'expression fidèle des progrès accomplis en syphiliographie pendant ces dernières années, mais qui fût aussi un guide pour le praticien aux prises avec les difficultés cliniques que présente si souvent cette branche de la médecine.

Si l'autorité scientifique nous fait défaut, nous avons du moins la conscience de livrer à la publicité un ou-

vrage auquel nous avons consacré tous nos soins et auquel nous étions préparés de longue date, par des études spéciales. Étrangers à tout parti pris, nous avons cherché, sans arrière-pensée, sans idée préconçue, à trouver la vérité dans le chaos des opinions qui se heurtent à chaque pas. Avons-nous réussi toujours à dégager cette inconnue? Le lecteur sera notre juge. En tout cas, nous n'avons rien écrit que ce que nous croyons fermement, et nous pouvons dire comme Montaigne :

C'est icy un livre de bonne foy.

L. BELHOMME, AIMÉ MARTIN.

Paris, 20 novembre 1863.

ERRATA

Nous devons corriger certaines fautes qui se sont glissées dans le texte et qui le rendent inintelligible ou bien en faussent le sens.

De la page 4 à la page 72, à l'entête de chaque page :
au lieu de Maladies syphilitiques (au pluriel),
lisez Maladie syphilitique (au singulier).

Page 63, ligne 13 :
au lieu de Syphilis,
lisez Syphilides.

Page 63, ligne 19 :
au lieu de inoculation,
lisez inosculation.

Page 112, ligne 17 de la note :
au lieu de simple,
lisez induré.

Page 212, 2e note, ligne 1 :
au lieu de Sigismond,
lisez Sigmund.

Page 641 :
au lieu de Prophylaxie des maladies,
lisez Prophylaxie des affections.

Phge 676, dernière ligne :
au lieu de 30 centigrammes,
lisez 30 grammes.

TRAITÉ
PRATIQUE ET ÉLÉMENTAIRE
DE
PATHOLOGIE SYPHILITIQUE
ET VÉNÉRIENNE

PREMIÈRE PARTIE
MALADIE SYPHILITIQUE

INTRODUCTION

I

HISTORIQUE. — THÉORIES DIVERSES.

Un grand nombre d'opinions ont été émises sur la pluralité ou l'unicité des maladies vénériennes. Quelques syphiliographes, les *identistes*, suivant les errements des médecins des deux derniers siècles, professent que l'infection syphilitique peut débuter indistinctement par la *blennorrhagie* (*gonorrhée*), par le *chancre simple* (*chancre mou, chancroïde, chancrelle*), enfin par le *chancre proprement dit* (*chancre induré, chancre infectant*). Les *non-identistes* admettent que la blennorrhagie n'est

jamais suivie de syphilis constitutionnelle; ils se divisent en *unicistes*, qui croient à la nature identique du chancre simple et du chancre infectant, et en *dualistes*; ces derniers prétendent que le chancre infectant est toujours le premier symptôme de la vérole; que le *chancre simple* au contraire n'a aucun lien avec elle, que c'est une ulcération de nature contagieuse existant de toute antiquité, tandis que la syphilis est d'origine moderne. A cette opinion se rattache la théorie de l'*hybridité*. M. Clerc, qui en est l'auteur, professe que le chancroïde (chancre simple) est un dérivé du chancre; mais qu'il se transmet dans son espèce. Nous ne parlerons que pour mémoire de l'opinion émise par les *non-virulistes*, qui, imbus des idées de l'école physiologique et voulant les généraliser à tout prix, nièrent complétement la spécificité de la syphilis.

Nous ne consacrerons pas de chapitre spécial à l'historique des maladies vénériennes, nous examinerons, en parlant de chacune des théories que nous venons de citer, les arguments invoqués en sa faveur par ses partisans. Cette marche nous semble méthodique; elle nous permettra de développer la succession des idées et de leurs causes; ce sera, croyons-nous, le meilleur moyen de jeter un peu de jour sur ces questions si discutées et partant si confuses.

IDENTISTES.

La doctrine professée par les identistes a, pendant plusieurs siècles, régné en souveraine; cependant les

premiers auteurs qui ont écrit sur la vérole, et parmi eux Alexander Benedictus et Marcellus Cumanus, ne confondaient pas la syphilis avec le chancre simple et la blennorrhagie. Ce fut vers 1530 que cessa toute distinction entre ces trois maladies et qu'apparut la théorie de l'identité adoptée sans réserves par les médecins des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles. Nous la trouvons nettement formulée dans les ouvrages de Thierry de Héry (1), Nicolas de Blegny (2), Musitano, etc. (3).

En 1741, Van Swieten (4) dans ses commentaires sur les aphorismes de Boerhaave, prétendit que la gonorrhée n'avait aucun rapport avec les écoulements uréthraux décrits par les anciens. Admettant l'origine américaine de la syphilis, il essaya de prouver que la véritable gonorrhée, qu'il considérait comme une manifestation syphilitique, avait apparu pour la première fois à l'époque de la fameuse épidémie du XVe siècle.

Astruc (5), adoptant les mêmes idées sur l'origine de la vérole et sur l'identité, chercha à expliquer pourquoi le virus syphilitique ne produisait pas constamment les mêmes manifestations primitives; il prétendit que, à la suite d'une contamination par *moiteur superficielle*, il y avait chancre; par *exhalation*, il y avait gonorrhée, et enfin que l'*absorption* donnait lieu au bubon. Certes, l'interprétation n'est ni probante ni

(1) La Méthode curatoire de la maladie vénérienne. Paris, 1634.
(2) L'Art de guérir les mal. vén. La Haye, 1696.
(3) Traité de la mal. vén. Trévoux, 1711.
(4) *Comment. in her. Boerhaave aphor.*, t. V. Leyde, 1741.
(5) Traitement des mal. vén., trad. de Louis. Paris, 1777.

même parfaitement intelligible; mais elle dénote chez son auteur un désir d'expliquer des faits qu'il adoptait de confiance quoiqu'ils fussent loin de satisfaire son esprit.

Sanchez (1), si différent d'Astruc dans ses opinions sur l'origine de la syphilis, pensait cependant comme lui : qu'elle peut indifféremment débuter par le chancre ou la gonorrhée. Daran (2) étendit le cercle des symptômes primitifs de la vérole, en y comprenant les flueurs blanches, dont la plupart des praticiens contestaient, comme pour les végétations, la nature spécifique. Fabre (3), dont le Traité sur les maladies vénériennes eut de nombreuses éditions et fut longtemps classique, tout en proclamant la théorie de l'identité, émit cependant un premier doute en avançant que les chancres étaient suivis de phénomènes secondaires, plus rapidement que la gonorrhée.

Le célèbre J. Hunter (4), que les identistes se glorifient de compter dans leurs rangs, était, paraît-il, assez peu convaincu, puisqu'il écrivit que la gonorrhée n'est suivie qu'une fois sur cent d'infection constitutionnelle. Cette assertion ne serait pas considérée, sans doute, par l'école des identistes, comme d'une parfaite orthodoxie, et elle en repousserait certainement l'auteur, si son nom n'était pas le plus illustre de ceux qu'elle a

(1) Obs. sur les mal. vén. Paris, 1785.

(2) Recueil d'obs. chirurg. sur les mal. de l'urèthre. Avignon, 1745.

(3) Traitement des mal. vén., 4e édit. Paris, 1782.

(4) *A treatise on the venereal disease.* London, 1786.

inscrits sur son drapeau. Nisbet (1) renchérissant sur les idées de Hunter, tout en protestant de sa croyance dans l'unicité, émit cependant l'opinion que jamais la gonorrhée n'est suivie d'accidents généraux à moins qu'elle ne se complique d'érosions de la muqueuse, en un mot de véritables chancres. Nisbet, on le voit, était un identiste déjà bien mitigé.

Cullerier (l'oncle), dont l'enseignement clinique eut un si grand succès dans les premières années de ce siècle, admit, à l'exemple de son contemporain Swediaur (2), la blennorrhagie syphilitique; mais à côté d'elle, une autre blennorrhagie de nature contagieuse, non syphilitique. C'était un premier pas vers la théorie non identiste qui commençait à faire un peu de bruit et qu'on n'osait encore adopter sans restrictions. M. Lagneau (3), formé à l'école du précédent et dont le traité a servi à l'instruction de plusieurs générations médicales, adopta presque à la lettre les opinions de son maître. Il décrivit comme lui deux espèces de blennorrhagies, une *virulente* et une *non virulente ;* il ne put, du reste, en donner que très-imparfaitement les caractères différentiels.

De nos jours, la doctrine de l'identité n'a plus guère de représentants. M. Velpeau, MM. Cazenave, Devergie, Gibert, et le regrettable Vidal (de Cassis), ont lutté bien longtemps contre la non-identité qui a triomphé malgré tous leurs efforts. M. Cazenave a déployé au service de

(1) Essai sur les mal. vén., trad. de Petit-Radel. Paris, 1788.
(2) Traité des mal. syph., 6e éd. Paris, 1809.
(3) Traité des mal. syph., 6e éd. Paris, 1828.

sa cause le plus remarquable talent, et cependant il n'a pu la sauver d'un abandon devenu presque complet.

A propos des identistes, nous devons signaler l'opinion toute spéciale émise par M. Bazin (1).

« J'ai cru remarquer que la marche de la syphilis était différente suivant la nature de l'accident primitif et qu'à la suite du chancre induré, on voyait les accidents cutanés se dérouler dans l'ordre que nous avons signalé, syphilides exanthématiques, syphilides circonscrites, syphilides ulcéreuses; tandis qu'à la suite du chancre mou et de la blennorrhagie, les syphilides circonscrites se montraient sans avoir été précédées de syphilides exanthématiques. » Dans un autre passage, le même auteur dit que, dans le cas de chancre mou, les premiers accidents, ordinairement graves, ne se montrent souvent qu'au bout de 10, 15, 20 et même 30 ans !

NON-IDENTISTES.

La doctrine de la non-identité de la blennorrhagie et de la syphilis fut émise pour la première fois par Balfour, puis, quelques années plus tard, en 1777, par le professeur Tode, de Copenhague, dans un opuscule qui souleva les plus violentes colères et valut à son auteur les critiques les plus acerbes. On vit des hommes éminents, comme Frédéric Hoffmann et Baldinger, traiter Tode d'*Érostrate*, voire même de *Cartouche*, et toutes ces injures n'avaient d'autre cause que la liberté

(1) *Leçons sur les syphilides*, p. 168, Paris, 1859.

grande qu'avait prise Tode de toucher à un dogme scientifique admis par les universités d'Allemagne. En 1793, quinze ans plus tard, B. Bell, reprenant la même thèse, s'efforça, en l'étayant de nouveaux arguments, de démontrer que la gonorrhée n'est jamais suivie d'infection constitutionnelle, que c'est une affection purement locale n'ayant pas le moindre lien avec la syphilis. Bosquillon (1), le traducteur et le commentateur de Bell, avança, comme l'ont fait depuis les dualistes, que la vérole est d'origine américaine et que la gonorrhée, au contraire, était parfaitement connue des anciens. Il fit aussi ressortir ce point important, à savoir : que la gonorrhée guérit toujours sans traitement mercuriel. Le public médical, instruit par la pratique qui parle plus haut que toutes les théories, accepta avec empressement les idées de Bell et de Bosquillon. Elles furent discutées dans toutes les assemblées savantes; la Société de médecine de Besançon mit au concours la question qu'elle posa en ces termes :

« Déterminer par des expériences et des observations « concluantes, s'il y a identité de nature entre le virus « de la gonorrhée virulente et celui de la vérole; si « l'une peut donner l'autre, et si le traitement qui « convient à l'une peut être applicable à l'autre. »

Un médecin distingué, Hernandez (2), chirurgien en chef de la marine et professeur à l'École de médecine

(1) Traité de la gonorrhée virulente et de la mal. vén. de B. Bell, trad. et annoté par Bosquillon. Paris, 1802.

(2) Essai analyt. contre la nature syph. de la gonorrhée dite virulente, par Hernandez. Toulon, 1812.

de Toulon, envoya au concours un mémoire très-remarquable qui fut couronné et qui est le manifeste le plus probant en faveur de la doctrine de la non-identité. L'auteur s'était proposé :

1° De prouver *historiquement*, à l'exemple de Bosquillon, que la syphilis et la gonorrhée n'avaient pas apparu à la même époque ;

2° De prouver *expérimentalement* par de nombreuses inoculations que le virus de la gonorrhée ne donne jamais lieu qu'à la gonorrhée et ne produit jamais de chancres ;

3° De démontrer que la gonorrhée n'est jamais suivie d'infection constitutionnelle. C'est dans cette troisième partie du mémoire qu'on trouve émise, pour la première fois, l'hypothèse du *chancre larvé uréthral* (1), pour expliquer les cas assez rares dans lesquels la gonorrhée transmet le chancre. Cette hypothèse a reçu depuis, grâce aux travaux de M. Ricord, une complète confirmation.

On se demande comment, ces trois points prouvés, la vieille doctrine de l'identité n'a pas immédiatement succombé. En effet, sans nous arrêter aux arguments historiques invoqués par Hernandez et en ne nous préoccupant que des faits cliniques qu'il a avancés, comment est-il possible de réunir et de confondre deux maladies, dont les symptômes sont si différents, qui ne se reproduisent dans aucun cas l'une par l'autre et qui sont, la première une affection toujours locale,

(1) Loc. cit., p. 49.

la seconde une maladie constitutionnelle? Le résultat constamment négatif des inoculations pratiquées par Hernandez, et plus tard par M. Ricord, suffirait à la rigueur pour faire considérer ces trois points comme démontrés; mais que de preuves nouvelles et plus concluantes encore on peut y ajouter! Voit-on jamais, dans un service de vénériens, des accidents généraux se manifester chez des malades atteints de blennorrhagie (1)? Ce qui aurait dû mettre en garde les médecins de l'hôpital Saint-Louis, contre la doctrine de l'identité qu'ils soutiennent encore aujourd'hui avec une énergie digne d'une meilleure cause, c'est qu'ils auraient dû réfléchir que, par la nature même des services qui leur sont confiés, ils observent rarement l'accident primitif de la vérole. Lorsqu'ils interrogent un malade affecté de symptômes syphilitiques secondaires ou tertiaires, il est bien rare que le malade ne réponde pas qu'il a eu une blennorrhagie à une époque plus ou moins éloignée. La fréquence de cette affection est telle, qu'il est bien peu d'individus habitant une grande ville et appartenant à la classe dans laquelle se recrute le personnel de l'hôpital, qui n'en ait été atteint. Qu'on songe aussi au peu de réaction locale produite le plus souvent par le chancre infectant qui peut passer, ainsi que la roséole, inaperçu du malade. Si le médecin ne se met pas en garde contre cette double cause d'erreur, il con-

(1) Sur 170 observations d'érythème syphilitique, M. Bassereau a constaté 157 fois comme antécédent le chancre induré et 13 fois le chancre d'une induration plus douteuse; mais dans aucun cas la blennorrhagie.

clura forcément comme l'école de Saint-Louis, que la blennorrhagie est souvent symptomatique de la syphilis, et il invoquera, comme M. Cazenave, à l'appui de sa thèse, des accidents secondaires se manifestant chez des malades qui n'ont eu, *à leur dire*, d'autres affections génitales antécédentes qu'une blennorrhagie guérie depuis *trente* ou *quarante* ans. Si la non-identité avait besoin d'un nouvel argument en sa faveur, ne le trouverait-on pas encore dans l'inutilité absolue du traitement mercuriel dirigé contre la gonorrhée qui cède si rapidement d'ordinaire aux balsamiques et aux astringents !

La doctrine professée par Hernandez fit son apparition en France dans l'enseignement à la clinique de l'hôpital des vénériens où Cullerier (1) neveu, rompant avec les traditions scientifiques de sa famille et abandonnant ses premières opinions, adopta la théorie nouvelle. Après Cullerier, M. Ricord, son successeur à l'hôpital du Midi, embrassa ses idées avec ardeur, il accumula pour les défendre des preuves sans nombre, et pendant trente années, il s'en fit le champion dévoué. Son incontestable talent de vulgarisateur, sa persévérance et, plus que tout le reste peut-être, les nombreux élèves qu'il sut former, contribuèrent à faire triompher définitivement la non-identité.

A peine ce succès était-il obtenu, que la doctrine si péniblement édifiée se démembrait elle-même pour faire place à deux théories nouvelles vers lesquelles

(1) Recherches pratiques sur le traitement de la syphilis, fondées sur les obs. de M. Cullerier, par Lucas-Championnière. Paris, 1815.

elle n'avait été qu'un acheminement. Ces deux théories sont, avons-nous dit, l'unicité et la dualité.

UNICISTES.

L'unicité, c'est la doctrine de la non-identité pure ; c'est celle que l'école du Midi a cherché à faire prévaloir ; ses partisans croient à l'identité du chancre infectant et du chancre simple. Le virus syphilitique, selon eux, produit un chancre local (chancre simple) ou un chancre infectant, suivant l'idiosyncrasie de l'individu contaminé. Cette théorie, sauf l'élimination de la blennorrhagie considérée comme source d'infection, est, du reste, presque aussi ancienne que la syphilis elle-même. A l'époque où on ne connaissait pas encore les vaisseaux lymphatiques, on regardait le bubon phlegmoneux comme une crise favorable qui empêchait la maladie de poursuivre son cours. Nicolas Massa (1) écrivait que ces bubons étaient des espèces d'émonctoires qui rejetaient le virus et purifiaient l'économie. Or on sait que le bubon phlegmoneux est toujours ou presque toujours un symptôme du chancre simple. Thierry de Héry, disait, page 17 : « Et s'il survient un bubon, autrement « dit poulain, en brief l'ulcère sera guary et fera le pa- « tient exempt de la vérole. » Ambroise Paré dit aussi *que le venin infecte la masse du sang, si les apostèmes ne jettent leur gourme.* On confondait donc alors les deux

(1) *De Morbo neapolitano.* Lugd., 1534.

chancres; mais on avait remarqué déjà qu'ils n'avaient pas les mêmes conséquences.

Après la découverte des vaisseaux lymphatiques, Astruc et Petit-Radel (1), pour expliquer la non-infection dans certains cas et l'infection dans d'autres, prétendirent que c'est l'inflammation dont un chancre est le siége qui empêche la pénétration du virus dans l'organisme. Cette interprétation n'est pas admissible, car il est beaucoup de cas où le chancre simple n'est pas enflammé, ne donne pas lieu au bubon; et cependant il n'est pas infectant.

Nous ne dirons rien de l'opinion émise par Nisbet, qui supposait que les vaisseaux lymphatiques avaient des temps de repos et de travail, et que l'absorption du virus ne pouvait avoir lieu que lorsque son dépôt dans les tissus coïncidait avec le temps du fonctionnement des lymphatiques. Une explication plus vraisemblable, ou du moins plus sensée, a été donnée par Vacca Berlinghieri (2), en 1800; il prétendit que les ganglions ont la propriété d'arrêter la pénétration du pus; aussi considérait-il le bubon phlegmoneux comme le signe de l'arrêt du virus syphilitique, qui est alors éliminé par la suppuration.

Toutes ces explications, plus ou moins rationnelles, ne sont pas faites pour justifier la doctrine de l'unicité. Comment, en effet, avec cette théorie, se rendre compte de la coexistence du chancre infectant et du chancre simple sur le même sujet? Comment comprendre même

(1) Petit-Radel. Paris, 1812.
(2) Traitement des mal. vén., publié par Alyon. Paris, 1800.

que certains malades puissent changer assez rapidement d'idiosyncrasie pour contracter à une courte distance ces deux différentes espèces de chancres? Nous croyons que les unicistes seraient fort embarrassés pour faire des réponses satisfaisantes à ces deux questions.

THÉORIE DUALISTE.

D'après cette théorie, le chancre infectant et le chancre simple n'ont entre eux que quelques rapports d'aspect et de siége; mais ils constituent deux états morbides complétement différents. Hensler, en 1789 (1), avait déjà développé l'idée du dualisme; il prétendait que le chancre simple était connu des anciens et que la vérole, au contraire, est une maladie nouvelle. Jaudt (2), en 1834, émit la même opinion. Nous n'hésitons pas cependant à regarder comme le véritable auteur de cette doctrine le savant et modeste M. Bassereau, qui l'a longuement discutée, nous devrions dire démontrée, dans un des livres les plus remarquables qui aient été écrits sur la syphilis (3). Nous examinerons les arguments qu'ont produits M. Bassereau et les auteurs qui ont adopté son opinion. Ils peuvent être rangés sous deux chefs principaux :

1° Le chancre simple (ou ulcère contagieux des organes génitaux, non suivi d'infection constitutionnelle)

(1) Hist. de la vérole. Altona, 1789.
(2) *De Lue veterum et recentium,* diss. inaug., 1834.
(3) Traité des aff. de la peau symptom. de la syph. Paris, 1852.

était connu des anciens. Il n'a aucun rapport avec le chancre infectant.

2° La syphilis et par conséquent le chancre infectant, accident primitif de cette maladie, sont d'origine moderne ; ils ont été importés en Europe à la suite de la découverte du continent américain.

Il n'est pas douteux que bien longtemps avant le xve siècle, il n'ait existé des maladies contagieuses des organes génitaux se transmettant par les rapports sexuels, nous espérons le prouver bientôt sans réplique ; il s'agit seulement de déterminer si ces maladies, ces ulcères contagieux avaient quelques rapports avec la vérole, et pour cela d'interpréter les textes invoqués par les partisans de l'ancienneté de la syphilis.

A l'époque où on confondait le chancre simple et le chancre, les auteurs qui s'efforçaient de prouver l'origine moderne avaient fort à faire ; il leur était bien difficile d'expliquer certaines citations des médecins et des poëtes latins dans un sens favorable à leur opinion. Aujourd'hui, grâce à la dualité, nous espérons pouvoir faire passer notre conviction dans l'esprit de nos lecteurs, en démontrant que les maladies se transmettant par les rapports sexuels dont parlent les auteurs de l'antiquité ne sont autre chose que le chancre simple.

Celse a décrit avec soin les diverses ulcérations des organes génitaux, et son autorité est invoquée par tous les partisans de l'origine ancienne. Voici en quels termes cependant il parle de cette ulcération (1).

(1) Traité de la méd., trad. par Fouquier et Ratier, p. 362.

« Lorsque, par suite d'une inflammation, la verge est gonflée de façon qu'on ne peut découvrir le gland, ou le recouvrir, il faut faire des fomentations réitérées avec de l'eau chaude : si le gland est recouvert, il faut en injecter, avec une seringue à oreille, entre le gland et le prépuce..... Lorsque le prépuce est abaissé, on aperçoit des ulcères situés ou à sa partie intérieure, ou au gland, ou à la verge au delà du gland. Ces ulcères sont nets ou secs, ou bien ils sont humides et purulents..... Quelquefois la verge est tellement rongée dans le prépuce par ces ulcères, que le gland tombe... »

Et plus loin, p. 376 :

« Il se forme quelquefois à la verge une espèce d'ulcère chancreux que les Grecs appellent *phagédénique*. Ce mal demande un prompt secours, et veut être traité de la même manière que les précédents ; si les médicaments n'y font rien, il faut employer le cautère actuel. » Celse parle encore d'une autre variété des ulcères gangréneux.

Il faut avouer que les auteurs qui ont trouvé dans les quelques lignes que nous venons de citer une description des accidents primitifs ou secondaires de la syphilis y ont mis une étrange complaisance. A-t-on jamais vu le chancre infectant détruire le gland et le prépuce ? Le phagédénisme est-il une complication ordinaire du chancre infectant ? Ne trouve-t-on pas, au contraire, dans les symptômes énoncés tous les traits caractéristiques du chancre simple ? Comment, du reste, pourrait-on admettre que Celse, qui a consacré plusieurs pages aux affections diverses des organes géni-

taux, n'ait pas dit un mot de leurs suites terribles, s'il les eût connues, et si, par conséquent, la syphilis eût existé en Europe au temps où il composait son livre ?

Hippocrate a parlé des bubons de l'aine survenus à la suite des ulcères de la verge et de la vulve; or le bubon n'est-il point la complication la plus ordinaire du chancre simple ?

Galien divise les bubons en pestilentiels, c'est-à-dire survenant après les maladies graves; en scrofuleux et enfin en bubons compliquant les ulcères des parties voisines de l'aine. Oribase (1) signale aussi les ulcères des organes génitaux donnant lieu aux bubons. Il en est de même d'Aetius, de Marcellus l'Empirique, de Paul d'Égine, qui tous parlent des ulcères de la verge et des bubons, mais nulle part ne mentionnent les manifestations diathésiques. Parmi les médecins arabes, Mésué (2) parle des ulcères de l'anus, de la vulve et du gland donnant lieu à une sécrétion séro-sanguinolente. Sérapion indique un traitement pour les ulcères qui se forment aux aines à la suite des ulcères de la verge. Rhazès fait mention d'un ulcère du pénis causé par une manière particulière du coït (3). Nous trouvons encore dans les autres médecins arabes Alsaharavius, Albucazem, des descriptions analogues; mais dans aucun passage de leurs livres, nous ne pouvons découvrir un mot qui indique qu'ils aient connu une maladie

(1) *Synopseos*, lib. IX, cap. 37.
(2) Liv. I, chap. 3.
(3) *Ascensio mulieris supra virum*, in *Continens Rhazis*, p. 275, Vénet., 1509.

générale causée primitivement par le coït, et manifestant à la verge ses premiers effets.

Nous devons donner pour être impartiaux tous les arguments sur lesquels s'appuient les antiquistes, et citer en première ligne la maladie de Job qu'on a supposé atteint de syphilis à cause des croûtes qui couvraient son corps et des ulcères qui le rongeaient. Le Lévitique dit qu'il était atteint de lèpre; la lèpre mieux encore que la syphilis n'explique-t-elle pas son état? Arétée (1) parle d'un individu dont « la luette « est détruite jusqu'à l'os du palais et les fauces jusqu'à « la racine de la langue et de l'épiglotte. » Après cette « destruction le malade ne peut plus prendre ni bois-« sons ni aliments solides, et il meurt d'inanition. » La vérole a-t-elle donc seule le monopole des ulcérations du voile du palais, et, du reste, produit-elle d'ordinaire d'aussi épouvantables ravages que ceux qu'a décrits Arétée?

Nous ne parlerons pas des douleurs des os, des exostoses qu'ont signalées d'autres auteurs; les douleurs ostéocopes, les exostoses ne sont pas l'apanage exclusif de la vérole et rien n'indique que les auteurs en question aient voulu parler d'affections spécifiques.

Une mine féconde qui a été exploitée par tous ceux qui ont soutenu l'opinion de l'origine ancienne, c'est la collection des poëtes satyriques latins. On a fouillé avec ardeur ces recueils d'obscénités et on en a extrait quelques citations que l'on retrouve dans tous les trai-

(1) *De Causis et signis acut. morb.*, lib. I, cap. 8.

tés sur la syphilis. Mais, outre le manque de précision et l'exagération naturelle aux œuvres de ces poëtes, il nous semble que dans l'espèce, ils doivent être de bien peu de poids. En effet on ne trouve pas dans les ouvrages des médecins leurs contemporains, dans ceux même du plus illustre d'entre eux, de Celse, la description ni même la moindre mention d'un symptôme qui puisse se rapporter à la vérole et on va en désespoir de cause chercher des autorités dans les épigrammes de Martial ou de Perse. Encore faudrait-il que les passages empruntés à ces auteurs fussent concluants, on va juger s'il en est ainsi.

Nous trouvons dans l'Histoire de la syphilis dans l'antiquité, par Rosembaum (1), le plus patient et le plus érudit, mais aussi, il faut le dire, le plus diffus des partisans de l'opinion opposée à celle que nous soutenons, une strophe extraite d'un recueil de vers à Priape, dont on ignore l'auteur :

Cum penis mihi forte læsus esset
Chirurgique manus, miser timerem,
Diis me legitimis, nimisque magnis
Ut Phœbo puta, filio que Phœbi,
Curatum dare mentulam verebar.
Huic dixi : fer opem, Priape, parti,
Cujus tu, pater, ipse par videris.
Quâ salvâ sine sectione factâ
Ponetur tibi picta, quam levaris,
Par que, consimilis que, concolor que.

(1) Hist. de la syph. dans l'antiquité, par Rosembaum, trad. de Santlus. Bruxelles, 1847.

L'auteur de ces vers avait les parties génitales atteintes d'un mal qui nécessitait l'intervention chirurgicale, il s'adresse à Priape pour lui demander la guérison. Où voit-on dans cette strophe un mot qui ait trait à une infection constitutionnelle ?

Trouvera-t-on encore des preuves de l'existence de la syphilis à Rome, dans l'épigramme suivante (1) de Martial, indiquant qu'une famille entière est atteinte d'ulcères honteux :

Ficosa (2) est uxor, ficosus et ipse maritus
Filia ficosa est et gener, atque nepos.

Dans le *carmen* 50 *des Priapeia*, on rencontre une strophe dans laquelle la nature contagieuse de l'ulcère (*ficus*) des parties génitales est encore plus clairement indiquée ; en effet, une jeune fille qui en est atteinte refuse pour ce motif d'avoir des rapports avec son amant qui, en désespoir de cause, s'adresse à Priape :

Quædam si placet hoc tibi, Priape
Ficosissima me puella ludit,
Et non dat mihi, nec negat daturam;
Causasque invenit usque differendi,
Quæ si contigerit fruenda nobis,
Totam cum paribus Priape, nostris
Cingemus tibi mentulam coronis.

Martial, dans une autre de ses épigrammes, parle

(1) *Martial,* lib. VII, ep. 71.
(2) *Ficosus* vient de *ficus*, qui signifie, ou bien excroissance anormale, ou bien ulcère à surface granuleuse semblable à une figue coupée en deux.

encore d'un libertin qui a communiqué à un enfant avec lequel il a eu de honteux rapports un ulcère de nature contagieuse.

(1) Mentula quum doleat puero; tibi, Nœvole, Culus
Non sum divinus, sed scio quid facias.

Le même poëte parlant d'un certain Baccara écrit :

(2) Curandum penem commisit Baccara Græcus
Rivali medico : Baccara gallus erit.

Zonare rapporte que l'empereur Galère Maximien eut un ulcère qui détruisit en grande partie ses organes génitaux; le même fait est rapporté par Eusèbe de Pamphile.

Toutes ces citations ne se rapportent qu'à des lésions locales, cela est bien certain; mais elles prouvent surabondamment combien il est faux que, comme le prétendent les antiquistes, la pudeur ait empêché les auteurs latins de parler des maladies des organes sexuels. Nous avons, du reste, encore quelques emprunts à leur faire pour achever la démonstration de notre thèse.

On a argué de quelques vers de Martial :

(3) Effugere non est, Basse, basiotores.....
. . . .
Non ulcus acre, pustulæve lucentes
Nec triste mentum, sordidique lichenes.

(1) Lib. III, ep. 71.
(2) Lib. XI, ep. 74.
(3) Lib. XI, ep. 99.

pour essayer de prouver que les Romains des premiers siècles de notre ère connaissaient la vérole et qu'ils se transmettaient cette maladie par les baisers lascifs. Nous croyons, pour notre part, que ces vers se rapportent à la mentagre (sycosis), qui régna à Rome sous le règne de Tibère. Ce prince en fut lui-même atteint, au dire de Suétone et de Tacite. La mentagre est, comme on le sait, due à la présence d'un champignon parasite (le *trichophyton*), elle est, comme toutes les maladies parasitaires, essentiellement contagieuse; sa rapide extension à Rome et sa propagation par les baisers n'ont rien de surprenant. Plinius Valerianus (1) nous a laissé de cette maladie la description suivante : « Græco nomine « lichenes appellatur, quod vulgo mentagram appellant « et est vitium, quod per totam faciem solet serpere, « oculis tantum immunibus. »

Ausone dans un vers parle des *inguina putria* d'une femme; ces mots ne peuvent guère s'appliquer qu'au bubon suppuré de l'aine.

Josèphe rapporte qu'Hérode et Apion moururent d'ulcères rongeants de la verge, suite de leurs débauches.

L'évêque Palladius (2) raconte qu'un nommé Héron était allé à Alexandrie où, « poussé par le démon, il « fréquentait les mauvais lieux; de cette manière, il « tomba dans la fange et l'impudicité; il entra en relations avec une comédienne et lui dénoua la ceinture.

(1) *De Re medica*, lib. II, p. 56.

(2) *Lausiaca historia*, c. 29, in *Magna bibliotheca veterum patrum*, t. XIII, p. 950. Paris, 1644. In-fol.

« Après qu'il eut accompli cet acte, il se déclara par la « volonté divine un anthrax sur son gland, et il en fut « si malade pendant six mois, que ses parties génitales « pourrirent et tombèrent même. Guéri ensuite, il re- « vint à la connaissance de Dieu. » Il est bien évident que dans ce cas encore, il s'agit d'un chancre simple. Cette ulcération a la plus grande ressemblance avec un anthrax suppuré, et il n'est point étonnant que le bon évêque ait choisi ce mot pour exprimer la nature de la lésion. On sait en outre que l'anthrax n'est pas contagieux et qu'il n'a pas une durée de six mois; ces deux caractères s'appliquent en revanche merveilleusement à un chancre simple qui dut se phagédéniser, détruire la verge et guérir sans avoir causé l'infection constitutionnelle.

On a voulu encore trouver la preuve de l'existence des accidents secondaires et partant de la vérole chez les Romains, dans quelques passages de Martial et de Perse, relatifs à la voix rauque des Cinèdes. N'est-il pas plus simple d'expliquer ce fait par la débauche et l'ivrognerie qui, de nos jours aussi, impriment ce stigmate aux enfants des basses classes du peuple, des barrières et des faubourgs de Paris?

Les médecins du moyen âge (1) comme ceux de la

(1) En 546 une épidémie sévit en France, on la nomma *lues inguinaria*, la maladie se communiquait par le coït. « L'enflure et la purulence des organes de la génération, les bubons des aines..... en « disent assez sur la nature de cette contagion obscène. » (Dufour, Hist. de la prostit., t. IV, p. 338). — Encore la lésion locale, le chancre simple et le bubon.

Rome des Césars ont tous décrit les ulcères contagieux des organes génitaux, mais aucun d'eux n'a dit un mot qui puisse s'appliquer à la syphilis.

Guillaume de Salicet (1), chirurgien de Plaisance, qui mourut en 1280, donne au 48e chapitre de son premier livre le titre suivant : « Des pustules blanches ou « rouges, des vésicules miliaires, des crevasses et des « corruptions ou choses semblables qui se forment sur « la verge ou à l'entour du prépuce à la suite du coït « avec une femme sale, avec une courtisane, ou par « quelque autre cause. » (*Propter coïtum cum meretrice, vel fœdo, aut ab aliâ causâ.*)

Il s'agit sans nul doute, dans les lignes que nous venons de citer, de l'*herpès preputialis* et aussi du chancre simple : la gradation dans les expressions employées par Guillaume de Salicet, qui écrit d'abord *cum meretrice*, puis *vel fœdo*, le démontre suffisamment.

Dans le 42e chapitre du même traité, cet auteur est plus explicite encore en parlant des bubons inguinaux. « Ce mal est appelé *bubon* ou *dragonneau de l'aine*.... et « il arrive quelquefois, lorsqu'il se forme chez l'homme, « une corruption à la verge pour avoir copulé avec une « femme sale. Alors la corruption augmente et se « trouve retenue sur la verge... D'où la matière re- « monte et regorge dans les régions inguinales, à cause « de la disposition de ces parties à recevoir toutes les « superfluités, et à raison de la sympathie qui existe

(1) La chirurgie de maistre Guillaume de Salicet, traduit par Nicole Prévost. Lyon, Mathieu Huss, 1492, in-4°.

« entre les aines et la verge. » (*Propter affinitatem quam habent loca ista cum vergâ corruptâ.*)

Lanfranc (1) de Milan, contemporain de Guillaume de Salicet, au chapitre 2 de son *Traité de chirurgie,* écrit cette phrase significative. « Les ulcères de la verge « viennent de pustules chaudes qui s'ouvrent ensuite; « ou bien d'humeurs âcres qui ulcèrent la partie; ou « bien du commerce avec une femme sale qui a nou- « vellement coïté avec un homme atteint d'une sem- « blable maladie. » (*Vel ex commixtione cum fœdâ muliere quæ cum ægro talem habente morbum de novo coïerat.*)

Ce texte est certainement le plus précieux de ceux que nous pouvons invoquer pour prouver qu'on connaissait le chancre simple avant que la syphilis ait paru en Europe. La pustule par laquelle débute cet ulcère n'avait pas échappé à l'observation de Lanfranc; quant à sa nature contagieuse, il nous semble bien difficile de l'indiquer plus catégoriquement qu'il ne l'a fait.

Nous pourrions multiplier à l'infini ces citations; Guy de Chauliac, Jean de Gaddesden, Bernard Gordon, Guillaume Varignana, ont tous écrit dans le même sens. Nous ne pouvons cependant passer sous silence le passage suivant emprunté au chapitre 3 du IIe livre de la chirurgie de Pierre d'Argelata édité à Bologne en 1420. Ce chapitre est intitulé : « De Pustulis « quæ adveniunt virgæ propter conversationem cum

(1) On trouve le *traité* de Lanfranc dans le recueil de chirurgie, édité par Rouiter, sans date ni lieu d'impression.

« fœdâ muliere, quæ albæ sunt vel rubræ. » Il contient les lignes suivantes : « Ces pustules sont causées par « une matière vénéneuse retenue entre le prépuce et « le gland; elles se forment parce que cette matière « qui séjourne entre le prépuce et le gland, à la « suite des rapports de l'homme avec une femme « sale, ne se dissipe pas et se putréfie. Alors l'endroit « malade noircit, et la substance de la verge tombe « en mortification..... La matière qui afflue vers le « lieu malade est refoulée, et, rencontrant le creux de « l'aine, elle y séjourne. C'est pourquoi il se forme « un bubon qui arrivera souvent jusqu'à la suppuration. »

On a fait grand état pour prouver l'existence ancienne de la vérole, des règlements établis en Angleterre et en France, pendant le moyen âge, pour la police médicale des filles publiques. On a surtout cité le 4e article des statuts publiés en 1347 par Jeanne Ire, reine des deux Siciles, comtesse de Provence, pour les maisons de débauche d'Avignon. Il y est fait mention, comme dans toutes les pièces que nous avons mises sous les yeux des lecteurs, de maladies contagieuses des organes génitaux; mais rien n'indique qu'il s'agisse d'ulcères donnant lieu à une infection générale. Cet article est ainsi conçu : « La reine veut que, tous les sa- « medis, la baillive et un chirurgien préposé par les « consuls visitent chaque courtisane; et s'il s'en trouve « quelqu'une qui ait contracté du mal provenant de « paillardise, qu'elle soit séparée des autres, pour de- « meurer à part, afin qu'elle ne puisse point avoir de

« rapport avec les hommes, et qu'on évite le mal que « la jeunesse pourrait prendre. »

Dans le numéro d'octobre 1835 du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, M. Prosper Yvaren révoque en doute l'authenticité de ces statuts de la reine Jeanne; il appuie son opinion d'excellentes raisons historiques. Nous avons cru néanmoins devoir citer cette pièce, reproduite par presque tous les auteurs depuis Astruc.

Dans une excellente thèse sur la pluralité des affections vénériennes, soutenue en 1860, devant la Faculté de Paris, par un jeune médecin de Lyon, M. Chabalier, on trouve l'indication d'un passage du XXIe volume de l'*Histoire littéraire de France.* Ce passage, emprunté à Géraud, médecin du Berri au XIIIe siècle, a été transcrit par M. Littré; il est ainsi conçu: « *Virga patitur a coïtu « cum mulieribus immundis ex spermate corrupto, vel ex « humore venenoso in collo matricis recepto; nam virga in- « ficitur et aliquando totum corpus.* » M. Littré, dont l'autorité est si grande en matière de bibliographie médicale, dit qu'il a fait de nombreuses recherches sur la syphilis, et il avoue que c'est le seul passage que l'on trouve avant 1494 qui puisse y avoir trait. Il ajoute qu'il existe deux manuscrits de l'ouvrage de Géraud, et qu'il n'a pu consulter que celui des deux qui paraît avoir le moins d'authenticité. La phrase citée plus haut n'existe pas dans un troisième manuscrit que n'a pas indiqué M. Littré, et qui se trouve à la Bibliothèque impériale de Paris. Il contient, outre le traité de Géraud, celui de Constantin l'Africain, et diverses gloses sur ces deux

auteurs; donc, sur deux manuscrits qui ont pu être consultés, un seul porte la phrase en question, et il n'est pas authentique. Ce qui plus encore que tout autre motif nous fait considérer ce passage comme apocryphe, c'est que Jean de Gaddesden (1) et Bernard Gordon (2), qui tous les deux ont lu Géraud et qui le citent, tout en parlant très-longuement des ulcères de la verge, ne disent pas un mot des accidents consécutifs qu'ils eussent reconnus, sans doute, après avoir lu cette phrase de Géraud, en admettant toutefois que ces accidents existassent réellement à cette époque, et en supposant que la phrase ait été réellement écrite par le médecin berrichon.

Nous devons, pour être complet, dire quelques mots de l'origine de la blennorrhagie et des végétations. Pour ces dernières, il n'est point douteux qu'elles aient existé dès la plus haute antiquité. Elles ont été décrites par les médecins grecs et latins sous des noms divers. Celse (3) donne le nom de *thymion* à une forme de végétations spongieuses, rouges, saignant avec la plus grande facilité, ordinairement de la grosseur d'un pois. Aetius décrit sous le nom de *sykos* des excroissances de même nature que les précédentes, et siégeant à l'anus, aux nymphes, dans le vagin, et même à la partie supérieure des cuisses. Paul d'Égine (4) conseille de les enlever avec un scalpel, et d'appliquer ensuite un caus-

(1) *Prosa medica,* 1320.
(2) *Lilium medicinæ,* 1369.
(3) Loc. cit., lib. VI, c. 18.
(4) Chir. de Paul d'Égine, lib. IV, c. 15, et lib. VI, c. 87.

tique. Les végétations ont aussi reçu dans l'antiquité le nom de *marisques*.

. . . . . Sed podice levi
Cæduntur tumidæ, medico ridente, mariscæ (1).

Quelques auteurs les ont confondues avec les *condylomes* ou épaississements des plis de la peau de la muqueuse de l'anus.

Quant à la blennorrhagie, quoiqu'il y ait de fortes présomptions pour nous faire supposer qu'elle était connue des Romains, des Grecs, et même des Hébreux, nous devons avouer cependant que les preuves en sont moins décisives que pour le chancre simple. Le chapitre XV du Lévitique, dans lequel Moïse déclare immonde celui qui éprouve un écoulement de semence, et recommande à tous de s'éloigner de lui, nous paraît s'appliquer beaucoup mieux à la spermatorrhée qu'à la blennorrhagie. S'il s'agissait d'un écoulement gonorrhéique, comment expliquerait-on que, dans ses recommandations en 12 versets, le législateur hébreu, qui entre dans les plus minces détails, qui enjoint de briser les vases et de brûler les vêtements du malade, n'eût pas défendu, avant toutes choses, les rapports sexuels avec lui.

Hippocrate, dont l'autorité a aussi été invoquée, dit qu'il existe chez la femme « un écoulement blanc jaunâtre; quand la femme urine, elle éprouve des mor-« dications et des élancements; l'utérus s'ulcère, il se

(1) Juvénal, sat. II, v. 12.

« développe de la fièvre avec beaucoup de chaleur. » Il n'est fait nulle mention de la nature contagieuse dans ces lignes, qui ne s'appliquent certainement pas à la blennorrhagie.

Celse n'est pas plus explicite qu'Hippocrate. Les textes empruntés aux médecins arabes ne nous semblent pas non plus très-probants ; en revanche, nous trouvons dans Michel Scott, qui écrivait vers le commencement du XIIIe siècle, une phrase qui nous paraît avoir trait à la blennorrhagie : « Si une femme, dit-il, éprouve un « flux, et qu'un homme ait des rapports avec elle, sa « verge est facilement altérée, comme il arrive souvent « aux jeunes gens qui, ignorant ce danger, se corrom- « pent la verge. »

Trotula (1) a décrit parfaitement la balanite. « Sub- « quidem, qui in virga virili patiuntur inflammatio- « nem, sub præputio foramina multa cum excoria- « tione. » En 1320, Jean de Gaddesden indique une complication fréquente de la *gonorrhée*, l'orchite, et il recommande aux malades de porter un suspensoir, dans le cas où un testicule, ou même les deux, s'indureraient : « Si induretur testiculus unus vel « ambo. »

Il est, comme nous le disions, fort probable, que la blennorrhagie existait avant la grande épidémie du XVe siècle ; mais, sauf ce qu'ont écrit Scott, Trotula et Gaddesden, nous n'avons pas à étayer cette opinion d'un grand nombre de preuves. Au reste, admettrait-on,

(1) *Gynæciorum liber*. Parisiis, 1550, in-fol.

comme Hernandez, que cette maladie est postérieure de plus de soixante ans à l'invasion de la syphilis, qu'on devrait encore, comme lui, conclure que ces deux affections n'ont pas entre elles le moindre lien.

Mais revenons à la doctrine de la dualité dont cette digression sur la blennorrhagie nous a un peu éloignés. Nous avons essayé de démontrer que le chancre simple existe de toute antiquité, que tous les texes empruntés aux médecins et aux poëtes anciens pour prouver l'existence de la syphilis aux temps où ils vivaient, s'appliquent au chancre simple et non à la vérole. Il nous reste encore à établir que la syphilis apparut en Europe à la fin du XVe siècle, et qu'elle y a probablement été importée d'Amérique.

En 1494, le roi Charles VIII envahit l'Italie à la tête de nombreux soldats et vint mettre le siége devant Naples, défendue par une armée composée d'aventuriers appartenant surtout aux nations espagnoles et italiennes. Ce fut pendant ce siége qu'apparut pour la première fois une maladie nouvelle « caractérisée, dit « Philippe Béroald (1), qui observa ses premiers effets, « par des taches saillantes et énormes, par des pustules « qui donnent à la face et au corps un aspect hideux, « déterminant quelquefois de vives douleurs aux arti- « culations, qui enlèvent le sommeil, consument lente- « ment le corps, et qu'aucun remède ne peut guérir. « Qu'elle s'en aille dans le gouffre des enfers, cette ma- « ladie plus pestilentielle que toute peste ! »

(1) *Commentarius in Apul. As. aureum*, 1505.

Le fléau se répandit avec une incroyable rapidité dans les deux armées en présence, puis se propagea dans toute l'Europe.

Ce mal semant la terreur

devint l'objet des préoccupations générales. Son apparition, coïncidant avec l'époque de la découverte de l'imprimerie, fit surgir une foule innombrable de traités. Alexander Benedictus, Léonicène, qui tous deux avaient commencé la publication de volumineux ouvrages sur la médecine et l'anatomie, interrompirent le cours de leurs travaux pour décrire l'épidémie dont ils étaient témoins.

Alexander Benedictus (1), médecin dans l'armée vénitienne, qui fut défaite par Charles VIII à la bataille de Fornoue, en 1495, put observer les premiers effets de la vérole. « Venue de l'Occident, dit-il, elle surpasse « en horreur, par son aspect affreux, par ses douleurs « nocturnes, la lèpre, l'éléphantiasis et toutes les autres « maladies; c'est un fruit nouveau des actes vénériens, « inconnu aux anciens médecins et incurable. »

Joseph Grundbeck (2), qui étudia les premières manifestations de la syphilis en Allemagne, écrivait en 1496 : « Cette gale pestilentielle est une *nouvelle* espèce « de maladie que Dieu a fait tomber sur les Français « comme un monstre horrible dont personne n'avait

(1) *De Re medica opus insigne*, etc. Venise, 1535. — *Anatomicæ*. Venise, 1498 et 1502, in *Aphrodisiacus* de Gruner.

(2) *Tractatus de pestilentiali scorra*, 1496, chap. 4.

« jamais ouï parler, que nul homme n'avait jamais vu, « et qui était entièrement inconnu. »

En 1497, Coradin Gilini (1), dans son *Opusculnm de Morbo gallico*, dédié au duc Sigismond d'Est, affirme, comme les précédents, l'origine récente du fléau. «L'an« née dernière, dit-il, une maladie très-cruelle a attaqué « un grand nombre de personnes tant en Italie qu'au « delà des monts. Les Italiens l'appellent le mal fran« çais, disant que les Français l'ont apporté en Italie; « mais les Français, de leur côté, le nomment le mal « d'Italie ou le mal de Naples, parce qu'ils assurent que « c'est en Italie et principalement à Naples qu'ils ont « été infectés de cette violente et cruelle contagion, ou « parce que cette maladie a paru en Italie dans le temps « que les Français ont passé deçà les monts. Comme ce « mal est *inconnu* chez les modernes et que les méde« cins ont déjà fort disputé entre eux, j'ai formé le pro« jet d'écrire là-dessus le plus brièvement et le mieux « qu'il me sera possible. »

Barthélemy Montagnana (2) et Petrus Pinctor (3), en 1499; Gaspard Torella, ancien médecin du pape Alexandre VI et de César Borgia, devenu évêque de Sainte-Justine, dans son traité *de Pudendagra*, édité en 1500, concluent tous, comme les précédents, à la nouveauté de la maladie qu'ils décrivent. Il en est de même d'Antoine Benivenio, en 1502, de Jacob de Catanée, en 1505, de

(1) *Opus. de Morbo gallico*, 1497 (*Aphrodis.*).

(2) *Junioris in morbo gallico consilium* (*Aphrodis.*).

(3) *De Morbo fœdo et occulto his temporibus affligente*, chap. 4, Romæ, 1500.

Pierre Trapolinus, en 1506, de Jean de Vigo, en 1514, de Pierre Maynard de Vérone (1), en 1518. Nous pourrions multiplier à l'infini les textes empruntés aux auteurs de cette époque et constatant que pas un d'entre eux, à une exception près toutefois, n'a reconnu dans la vérole les symptômes d'une affection déjà existante avant 1494.

Nous venons de mentionner une exception à la règle générale; elle a été faite par Léonicène (2) de Vicence dans son livre *de Morbo gallico*, publié en 1497 et dédié à Jean-François de la Mirandole. Ce médecin célèbre essaye de rapporter l'épidémie dont il a été témoin à la mentagre qui désola Rome sous le règne de Tibère, et qui, nous le disions plus haut, n'avait aucun des caractères de la vérole. Léonicène, du reste, ne paraissait pas fort convaincu de l'excellence de la thèse qu'il avait adoptée plutôt pour des raisons de sentiment que pour des raisons de fait. Il ne pouvait pas supposer qu'une maladie aussi terrible ait surgi d'emblée et sans précédents. « Pour moi, disait-il, je suis obligé « de croire (et je ne saurais me persuader que cela soit « autrement) que ce mal, qui de nos jours s'est fait « sentir tout d'un coup, n'a jamais paru dans aucun « autre temps. »

Il n'est donc pas douteux, d'après ce que nous venons de dire, que les premiers médecins spectateurs de l'épidémie du XVe siècle ont conclu, à l'unanimité quasi-

(1) On trouve dans l'*Aphrodisiacus* les œuvres de Torella, Benivenio, J. de Catanée, Trapolinus, Jean de Vigo et de Maynard.

(2) *De Morb. gall.* (*Aphrodis.*).

absolue, que la maladie qu'ils observaient était nouvelle. Qu'on explique comme on le voudra ce consensus général ! qu'on dise, comme certains auteurs de nos jours, que les anciens médecins avaient pu ne pas saisir la liaison qui existe entre l'accident primitif de la syphilis et les symptômes consécutifs ; mais que cette maladie venant à sévir sous la forme épidémique, et ses manifestations se succédant avec rapidité, les yeux des observateurs s'étaient forcément ouverts à la lumière ; il resterait aux syphiliographes qui ont imaginé cette objection à nous dire pourquoi cette maladie, si longtemps discrète, avait tout à coup revêtu cette forme terrible.

Il nous semble plus naturel d'interpréter simplement les faits, sans essayer de les tourmenter pour les mettre au service d'une opinion préconçue. Les écrivains du XIV[e] siècle s'accordent à dire que la vérole est une maladie nouvelle, inconnue des anciens. Acceptons leur avis, acceptons-le avec d'autant plus de confiance que parmi leurs noms se trouvent réunis ceux des plus illustres médecins de l'époque ; cherchons seulement quelle a pu être la source de cette grande épidémie de 1494.

Les opinions les plus diverses, les fables les plus absurdes, furent inventées pour expliquer, au début, la cause de la vérole. Pierre-André Matthiole (1), Paracelse, Musa Brassavole (2), prétendirent qu'elle avait

(1) *Aphrodisiacus.*

(2) Les XIV livres des paragraphes. Paris, liv. I, chap. 7, *Aphrodis.* de Gruner.

eu sa source dans le commerce impur de lépreux et de femmes atteintes de bubons vénériens (ce qui, par parenthèse, démontre une fois de plus l'existence ancienne des bubons, et ce qui prouve aussi que les premiers observateurs ne confondaient pas le chancre simple et la syphilis). — Gabriel Fallope (1), de Modène, et André Cæsalpin, d'Arezzo (2), médecin du pape Clément VIII, prétendirent : le premier, que les boulangers italiens avaient empoisonné le pain destiné aux Français ; le second, que l'eau qu'ils buvaient avait été corrompue avec du sang et des détritus provenant de l'hôpital Saint-Lazare, situé à Somma, près du Vésuve. Fioraventi (3) rapporte que les vivandiers de l'armée française, à bout de ressources, avaient donné à manger aux soldats des quartiers de chair humaine déjà en putréfaction ; d'autres auteurs racontaient que la maladie s'était déclarée à la suite de l'ingestion de la viande d'une jument farcineuse.

Si nous avons rapporté quelques-unes de ces inventions, c'est pour démontrer encore une fois que tous les auteurs du xve siècle regardaient la maladie comme nouvelle ; on ne peut en donner de meilleure preuve que le désir qu'ils avaient tous d'expliquer son apparition d'une manière plus ou moins plausible.

Le premier qui ait parlé de l'origine espagnole est le doge de Venise, Jean-Baptiste Fulgosus (4), en 1509.

(1) *Aphrodisiacus.*

(2) *Artis medicæ,* lib. IV, cap. 3.

(3) *Cappricci medicinali.* Venezia, 1568.

(4) In *Aphrodisiacus* de Gruner.

Ulrich de Hutten (1), en 1518; Fracastor (2), en 1521, expriment la même idée. Roderic Diaz (3) de Isla, dans un livre dédié à Jean III, roi de Portugal, et qui parut vers 1540, écrit les lignes suivantes : « La vérole parut « en 1493 à Barcelone; cette ville fut la première in- « fectée, ensuite l'Europe et le reste du monde connu. « La maladie venait originairement de l'isle espagnole, « comme l'expérience l'a fait voir. Car, l'amiral Colomb « ayant découvert cette isle, ses soldats, qui avaient « commerce avec les habitants du pays, gagnèrent aisé- « ment le mal, qui était contagieux..... Christophe Co- « lomb étant ensuite arrivé à Barcelonne, la ville se « trouva bientôt infectée de vérole, qui y fit des progrès « étonnants. »

Jean-Baptiste de Monté (4), Gabriel Fallope, Léonard Schmans (5), s'expriment tous à peu près dans les mêmes termes que Roderic Diaz et racontent les mêmes faits.

Ferdinand Colomb (6), qui a écrit la relation des divers voyages de son père, rapporte que lorsque ce dernier, reparti de Cadix le 25 septembre 1493, à la tête de dix-sept vaisseaux, arriva à Saint-Domingue le 27 novembre de la même année, il trouva la garnison qu'il

(1) *Aphrodisiacus.*

(2) *Veronensis opera omnia.* Venetiis apud Juntas, 1555.

(3) In *Aphrodisiacus* de Gruner et dans la collection de Morejon, 7 vol. Madrid, 1842.

(4) *Tract. de Morbo gallico.* Basil., 1568.

(5) *Lucubratiuncula de Morbo gallico.* Aug. Vind., 1518.

(6) *La Historia del amirante don Christoval Colón,* 1509.

y avait laissée réduite de moitié, et les 150 hommes qui restaient étaient tous atteints de syphilis.

Gonzalve-Fernandez d'Oviédo (1), qui avait séjourné pendant quelques années à Saint-Domingue où il avait été envoyé avec une mission du roi Ferdinand, écrivait à son retour en 1535 : « La vérole est commune dans « ces pays; mais, par un effet de la bonté divine, on y « trouve partout le remède propre à la guérir, savoir : « le bois de guaïac; elle règne aussi parmi les chrétiens, « mais seulement depuis peu. »

François Guichardin (2), de Florence, dans un ouvrage sur l'histoire de l'Italie publié en 1532, s'exprime ainsi : « Il est juste de faire sur cela réparation au nom « français; car on a reconnu dans la suite que cette vi- « laine maladie avait été apportée d'Espagne à Naples. « Ce n'est pas qu'elle fût propre aux Espagnols; elle « leur était venue des Antilles que Christophe Colomb, « Génois, avait découvertes vers ce temps-là. »

Francisque Lopez de Gomare (3), chapelain de Fernand Cortez, dit que « le remède de la vérole est venu « des Indes comme le mal lui-même. »

On a fait une objection qu'on a cru victorieuse contre la probabilité de l'origine américaine de la syphilis. On a prétendu que l'armée espagnole, commandée par Gonzalve de Cordoue, n'était arrivée à Naples que dans le courant de l'année 1495, plus de douze mois après

(1) Histoire naturelle et générale des Indes, sect. 1, liv. x, chap. 2, in *Aphrodis.* de Gruner.

(2) Cité par Girtanner, p. 84, et par Gruner (*Aphrodis.*).

(3) *Aphrodisiacus* de Gruner.

l'apparition de la vérole. On ne réfléchit pas que Christophe Colomb débarqua le 13 mars 1493 à Palos, en revenant d'Haïti, avec quatre-vingt-deux soldats, presque tous infectés. La maladie qu'ils rapportaient se communiqua bien vite aux habitants de Barcelonne; et l'on sait que cette ville servait de port d'embarquement pour les aventuriers qui, chaque jour, allaient se joindre à l'armée napolitaine dont ils formaient la plus grande partie.

En admettant que l'ensemble des preuves que nous venons de fournir ne semble pas suffisant pour établir l'origine américaine, il resterait à lui substituer une autre hypothèse, et les auteurs qui en ont hasardé ne nous paraissent pas avoir été heureux. Sanchez (1), l'adversaire le plus sérieux d'Astruc, tout en repoussant l'idée principale du livre de ce dernier, reconnaît cependant que la vérole a éclaté pour la première fois en 1494. Il ne peut pas, bien entendu, donner d'explication plausible de ce développement subit d'une maladie dont il ne sait où trouver le germe. Nauclerus et plus tard Gruner ont prétendu que les Maures et les Juifs, chassés d'Espagne en 1483 par le roi Ferdinand, qui obéissait aux suggestions de Torquemada, se réfugièrent d'abord en Afrique et de là en Italie, où, moyennant tribut, Alexandre VI leur permit de s'établir, et où ils apportèrent la vérole. Cette hypothèse ne s'accorde avec aucune des dates connues de l'invasion syphilitique. Van

(1) Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne, 1752; Paris.— Examen historique sur l'apparition de la maladie vénérienne en Europe. Leyde, 1777.

Helmont (1), renchérissant sur les suppositions plus que hasardées de Fallope et de Fioravanti, prétend que la source première de la syphilis fut le farcin communiqué par une jument à un soldat de l'armée de Charles VIII, à la suite d'un abominable contact. Dernièrement encore, dans une lettre adressée au directeur de *l'Union médicale*, M. Beau, répondant à une interrogation de M. Ricord, a cru pouvoir démontrer que l'épidémie du XVe siècle n'était autre qu'une épidémie de morve. Il faudrait supposer, dans ce cas, que la vérole, issue de la morve, n'avait aucun des caractères de cette dernière maladie, et de plus qu'elle s'est transmise depuis dans son espèce, sans ressembler en rien à la morve communiquée de nos jours par les animaux à l'homme. Une entité morbide, à ce que nous sachions du moins, n'engendre pas une autre entité morbide, différente d'elle. C'est cependant ce que nous devrions admettre d'après la théorie de M. Beau, puisque nous voyons la prétendue fille de la morve, la syphilis, se propager dans son espèce par toute l'Europe; nous pouvons même étudier sa marche dans chaque contrée, la suivre pour ainsi dire pas à pas. Nous la voyons arriver en Westphalie en 1494; puis en 1495 elle se répand jusqu'en Prusse, en Poméranie et en Danemark (2). Les vieilles chroniques de France nous apprennent : celle de Manosque (3), son entrée en Provence en 1495, à la suite de l'armée fran-

(1) *Tumulus pestis,* art. *Peregrina hæc nova,* in *Ortus medicinæ.* Amstel., 1652.

(2) Wendt, dans *Hufeland's journal,* 1822.

(3) Chroniques de l'université de Manosque, en Provence.

çaise; celle de Lyon (1), que « en ce même temps 1496, « vindrent en France plusieurs des gens d'armes du roi, « lesquels avoient une manière de maladie que aucuns « appeloient la *grand gorre,* les autres la *grosse vérole.* » L'entrée de la syphilis à Paris est marquée par deux arrêts successifs du Parlement, en 1496 et en 1498; ces arrêts, qui ne paraissent pas avoir reçu d'exécution, enjoignent « que touts malades de la grosse vérole vui- « dassent incontinent hors la ville et s'en allassent, les « estrangiers ès lieux dont ils sont natifs, et les autres « vuidassent hors la dite ville, sur peine de la hart. »

Si on n'adopte pas l'hypothèse de l'existence de la syphilis dans l'antiquité, il nous paraît bien difficile de repousser l'origine américaine qui répond à tous les *desiderata,* ou du moins explique d'une manière satisfaisante les faits que Sanchez n'a pu interpréter. Elle n'a rien, du reste, qui puisse choquer, si l'on songe que chaque peuple avait ses maladies spéciales qu'il a communiquées à ses voisins lorsqu'il s'est mis en rapport avec eux. La variole et la rougeole furent pour nos pays un triste résultat de l'invasion arabe (2); les croisés nous rapportèrent de Syrie la lèpre et l'éléphantiasis. La mentagre pénétra à Rome sous le règne de Tibère, à la suite d'un convoi de prisonniers numides. Nous devons ajouter qu'avant l'invention du traitement mer-

(1) Séjours de Charles VIII et de Louis XII à Lyon sur le Rosne.

(2) On trouvera dans l'Histoire de la médecine de Freind, trad. de l'anglais (Paris, 1728), les preuves de l'origine arabe de ces deux affections virulentes inconnues des anciens, et qu'Albucasis a décrites le premier.

curiel, on traita les syphilitiques uniquement au moyen des décoctions de bois de gaïac, et que les soldats espagnols avaient rapporté des Antilles le remède et le secret de la médication.

Nous ne soutiendrons pas quand même l'opinion d'Astruc, mais nous devons dire que, dans l'état actuel de la science, tout nous paraît militer en sa faveur. Les documents historiques qui l'appuient sont nombreux et paraissent concluants ; quant aux adversaires de l'origine américaine, ils n'ont su ni renverser ces preuves ni présenter une solution acceptable pour ce grand problème, dont près de quatre siècles de discussion n'ont pas complétement éclairci le mystère (1).

Ce que nous tenons surtout à établir complétement, c'est que la syphilis, quelles que soient sa source et son origine, ne date en Europe que de la fin du XVe siècle, et qu'on ne trouve aucune trace de son existence dans

(1) Nous devons dire quelques mots ici d'un livre (*la Médecine chez les Chinois*, par le capitaine P. Dabry, consul de France en Chine. Paris, 1863), publié il y a quelques mois à peine, et dans lequel on trouve un long chapitre sur les maladies vénériennes. Ce livre renferme une description de la syphilis, presque aussi complète que celles que l'on trouve dans nos livres les plus modernes ; et lorsque l'on songe qu'il n'est que la traduction d'ouvrages remontant à 2637 ans avant J. C., il semble que l'on ne doit plus conserver le moindre doute sur l'antiquité de la vérole. Malheureusement cette description est loin de démontrer d'une façon péremptoire, comme l'a écrit un auteur recommandable (*les Maladies vénériennes chez les Chinois*. Verneuil, *Archives de médecine*, mai 1863), l'existence de la syphilis en Orient, antérieurement au XVe siècle. Cette description nous a paru trop bien faite, trop complète, disons-le, et nous aurions désiré que l'auteur indiquât, d'une façon plus précise qu'il ne l'a fait, les sources où il a puisé ses documents !

l'antiquité ni au moyen âge. L'origine moderne de la vérole, et, d'un autre côté, l'ancienneté du chancre simple, sont d'excellents arguments à invoquer en faveur de la doctrine de la dualité. Depuis que M. Bassereau a énoncé cette théorie, de nouveaux faits sont venus la confirmer. M. Dron (1) a pu citer, à son appui, 111 observations, M. Fournier (2), 26. En 1855, M. Clerc, en démontrant expérimentalement que le chancre infectant ne s'inocule pas au sujet qui le porte, et que le chancre simple au contraire peut s'inoculer à l'infini, a tranché plus nettement encore la différence qui sépare ces deux affections : nous verrons dans le chapitre suivant qu'au point de vue de la durée de l'incubation cette différence n'est pas moins grande. M. Bassereau, et plus tard M. Chabalier, ont démontré que les médecins qui écrivirent les premiers sur la syphilis ne confondaient pas le chancre infectant et le chancre simple, ou le chancre local, qu'ils connaissaient déjà ; ce ne fut que vers le milieu du XVIe siècle, en 1551, que Musa Brassavole fit cette confusion, qui a subsisté jusqu'aux travaux modernes, et a rendu si difficiles et si lents les progrès en syphiliographie (3).

Il nous reste à dire quelques mots de la théorie de M. Clerc (4) sur l'hybridité ; comme conséquences,

(1) Du double Virus syphilit. (Thèse de Paris, 1856.)

(2) Union médicale, 27 janvier 1857.

(3) Nous ne parlerons que pour mémoire de la théorie des quatre virus de Carmichaël et de celle du demi-virus de M. Beaumès.

(4) Du chancroïde syphilitique. Paris, 1854.—Considérations nouvelles sur le chancre infectant et le chancroïde, 1855.

elle se rapproche beaucoup du dualisme, mais son principe n'est pas le même. Selon l'auteur de cette hypothèse, le chancre simple, qu'il nomme *chancroïde*, serait une affection dérivée, un hybride de la syphilis, de même que la vaccinoïde et la varioloïde sont des hybrides du vaccin et de la variole. Le point de départ du chancroïde aurait été l'inoculation d'un chancre infectant à un individu ayant eu déjà la syphilis constitutionnelle; cette inoculation aurait donné lieu à une lésion hybride, le chancroïde, qui a pu se transmettre dans son espèce. En résumé, M. Clerc ne diffère de M. Bassereau qu'au point de vue de l'origine du chancre simple; mais il croit, comme lui, que c'est une lésion locale qui peut s'inoculer au sujet qui en est porteur, et qu'enfin cette lésion n'est jamais suivie d'infection générale.

Quant aux *non-virulistes*, leur doctrine n'a pas survécu à l'école de Broussais, dont elle émanait. Bru (1), en 1789, et Caron (2), en 1811, avaient déjà nié l'existence d'un virus syphilitique spécial, mais leur voix n'avait pas eu le moindre écho. En 1826, un médecin aussi habile qu'érudit, Jourdan (3), reprit la même thèse; il soutint que les prétendues manifestations de la syphilis constitutionnelle n'étaient autre chose qu'un assemblage de plusieurs maladies diverses n'ayant entre elles aucun lien. Il discuta avec beaucoup de logique et de rigueur les théories de ses devanciers, il sut

(1) Méthode de traiter les maladies vénér. Paris, 1789.
(2) Nouvelle Doctrine des maladies vénér. Paris, 1811.
(3) Traité complet des maladies vénér., 1826.

bien souvent trouver le défaut de la cuirasse, mais il ne put substituer aux idées qu'il détruisait qu'une hypothèse inadmissible et en contradiction flagrante avec les faits. Richond des Brus (1), qui écrivit à la même époque que Jourdan, défendit, comme lui, la doctrine de l'*irritation* et celle de la non-virulence syphilitique. Nous n'avons pas à réfuter ces théories que l'enthousiasme exagéré pour l'école physiologique fit adopter par quelques médecins, mais qui depuis bientôt trente ans sont perdues dans un oubli mérité. Les inoculations pratiquées méthodiquement depuis Hunter, les confrontations, et, plus que tout le reste, l'observation attentive des malades, prouvent surabondamment l'existence du virus, dont nous étudions les effets et le mode d'action dans le chapitre suivant.

(1) De la Non-Existence du virus vénérien. Paris, 1826.

II

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE LA SYPHILIS

La syphilis est une maladie virulente, et son étude se trouve nécessairement liée à celle d'un certain nombre d'affections soumises à des lois communes. Les auteurs nous paraissent avoir trop spécialisé la syphilis; ils l'ont pour ainsi dire isolée dans le cadre nosologique, et cependant, comme nous allons essayer de le prouver, la pathologie générale peut fournir, sur sa marche, ses périodes, sa contagion, plus d'une donnée importante (1).

Et d'abord qu'est-ce qu'une maladie virulente? C'est une maladie résultant de l'introduction d'un virus dans l'économie.

Plusieurs théories ont été émises sur la nature du virus, qu'on ne peut isoler par aucun procédé chimique ou physique.

M. Pasteur l'a comparé à un véritable *ferment*, renouvelant ainsi une hypothèse de Swediaur, qui disait déjà à la fin du siècle dernier :

(1) Nous avons fait de nombreux emprunts, pour ce chapitre et le suivant, à la thèse soutenue par l'un de nous devant la Faculté de Paris : *De l'Accident primitif de la syphilis constitutionnelle,* par C.-A. Martin (avril 1863). Dans cette monographie, ces diverses questions sont étudiées avec plus de détails.

« Il me paraît probable que le virus syphilitique se multiplie par une espèce de fermentation. »

Nous croyons plus admissible et plus en rapport avec les faits la définition donnée par M. Robin.

Le virus est, selon M. Robin (1), « une altération des éléments anatomiques aussi bien que des humeurs, et spécialement des substances organiques ou substances coagulables. » L'état virulent est un état particulier de la substance organisée, *totius substantiæ*, se transmettant, molécule à molécule, dans l'économie. Quand l'action du virus cesse, ce n'est pas qu'il sorte de l'économie; c'est que le sang, comme les tissus, devenus virulents, reviennent, sous certaines influences extérieures ou médicamenteuses, à l'état de constitution moléculaire qu'ils avaient avant l'infection. Il y a entre un virus et un venin cette différence capitale, que le premier rend, au moins pour un certain temps, l'économie *virulente* et capable de reproduire l'état virulent sur un autre sujet; tandis que le venin, qui peut tuer ou déterminer de graves accidents, borne ses effets à l'individu qui en est atteint, et ne transmet pas à ses humeurs la propriété de causer des accidents semblables. Le poison et le venin agissent tous deux de la même manière; aussi leur action dépend-elle entièrement de la quantité qui en est introduite dans l'économie. Pour les virus, la quantité n'a pas d'importance, et, si minime qu'elle soit, elle produit toujours les

(1) Bulletins de l'Académie de Médecine, 1861, p. 1029; Dictionn. de Nysten, et cours de la Faculté, 21 novembre 1862.

mêmes effets. Les virus se transmettent par inoculation, c'est-à-dire directement, et par infection, c'est-à-dire indirectement.

Les effets des virus sont moins prompts que ceux des venins, un temps plus ou moins long sépare toujours leur introduction dans l'économie de leurs premières manifestations apparentes; cette période, nécessaire pour que le virus puisse se transmettre à toute la substance, se nomme *période d'incubation*. « C'est, dit M. Monneret (1), un temps d'élaboration silencieuse non accessible à nos sens. » Cette période d'inactivité apparente est commune à toutes les maladies virulentes, c'est-à-dire, selon M. Monneret, à toutes les maladies incontestablement inoculables (chez l'homme, ce sont la syphilis, la variole, la vaccine, la rage, la morve, le farcin, le charbon, la pustule maligne, etc...); elle ne diffère que par sa durée relative.

Si la doctrine de la dualité que nous avons exposée dans le chapitre précédent, et à laquelle nous croyons devoir nous ranger complétement, avait besoin d'une nouvelle preuve plus péremptoire encore que toutes les autres, ne la trouverait-on pas dans l'absence complète de la période d'incubation, dans les cas d'inoculations de chancres simples, et, d'un autre côté, dans l'existence constante et la durée de cette même période, dans les cas d'inoculations de chancres infectants ou d'accidents secondaires ?

Il est bien peu d'auteurs qui nient encore aujourd'hui

(1) Programme du cours de pathologie interne, p. 82.

l'incubation des virus. M. Diday, qui, à l'instar de M. Ricord, a bien longtemps soutenu la non-incubation du chancre, est revenu sur sa première assertion. M. Follin, M. de Baërensprung, M. Lee, etc., partagent son opinion. M. Melchior Robert (1) prétend, à peu près seul, que le chancre infectant n'a pas d'incubation; mais une simple négation suffit-elle pour infirmer les résultats de toutes les inoculations artificielles pratiquées jusqu'à ce jour? D'après le relevé de toutes les observations connues, M. Rollet (2) a pu établir que l'incubation ne manquait jamais et que sa durée moyenne était d'environ vingt-cinq jours. Pour M. Clerc, elle ne serait que de quatorze jours. L'un de nous a observé à Saint-Lazare un cas dans lequel un chancre infectant apparut, chez une détenue, après soixante jours de captivité. Nous croyons que M. Rollet est dans le vrai et que la durée moyenne de l'incubation du chancre infectant est de vingt-cinq jours.

Si le plus grand nombre des auteurs croit à l'existence de l'incubation des virus, il y a, au sujet de la nature de cette période du développement des maladies virulentes, deux opinions contradictoires, qui toutes deux ont trouvé d'habiles défenseurs. Selon les uns (et ce sont, croyons-nous, les plus nombreux), les virus sont absorbés presque aussitôt après leur inoculation, et la période dite d'incubation est le laps de temps nécessaire au virus introduit dans l'économie pour l'in-

(1) Nouveau Traité des maladies vénér., p. 355, Paris, 1861.

(2) Recherches expérimentales et cliniques sur la syphilis, p. 15, Paris, 1861.

fecter tout entière, et pour la rendre apte à reproduire ce même virus et à le multiplier. Pour les autres, au contraire, c'est la période de temps nécessaire au virus pour produire l'accident local (bouton vaccinal, chancre infectant); ils regardent cet accident local comme la source de l'infection générale de l'organisme et non pas comme sa conséquence.

Les déductions cliniques et thérapeutiques qu'on peut tirer de ces deux opinions sont fort importantes. Pour les partisans de la première, il serait impossible de s'opposer aux effets consécutifs des inoculations des virus en détruisant l'accident primitif d'une maladie virulente. Les médecins qui partagent la seconde opinion croient au contraire qu'il est facile de prévenir les effets généraux en détruisant, par la cautérisation ou autrement, l'accident local, qu'ils regardent comme la cause (*sublatâ causâ, tollitur effectus*).

Quelle est la plus acceptable de ces deux opinions?

La seconde a pour la défendre la grande autorité de M. Ricord; mais nous ferons observer qu'à l'époque où il écrivait en sa faveur son plus chaud plaidoyer (1), il repoussait en même temps de toutes ses forces la théorie dualiste. Il enseignait que tout chancre peut s'indurer et devenir infectant. Il lui arrivait donc forcément qu'après avoir cautérisé et détruit un chancre simple, aucun accident syphilitique consécutif ne survenant, il croyait avoir empêché la production d'une in-

(1) Lettres sur la syphilis, 1851, p. 173; et plus tard, Leçons sur le chancre, 1858, p. 207.

duration spécifique, et par suite des accidents généraux.

Quant à la première opinion, celle qui consiste à considérer le chancre comme une première manifestation de l'état général, elle a eu pour soutiens le plus grand nombre des syphiliographes. Elle fut professée à l'hôpital Saint-Louis par M. Cazenave (1), qui la formula le premier nettement.—Vidal (de Cassis), dans son *Traité des maladies vénériennes* (2), dit que « lorsque le « chancre est formé, l'infection a déjà eu lieu. » Avant eux, M. Baumès (3), et plus tard M. Clerc (4), M. Rollet (5), et M. Follin, l'avaient admise. En Italie, M. Galligo, dans une réponse au professeur Gamberini, publiée en 1850, soutint les mêmes idées avec un talent remarquable. En Allemagne, M. Lindwurm et M. de Baërensprung en ont fait la base de leur théorie. On trouvera, dans trois remarquables articles critiques qu'a publiés dernièrement, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (6), notre excellent ami le Dr Picard, le résumé des opinions de M. de Baërensprung, et les diverses objections faites à sa thèse par un autre syphiliographe allemand, M. Michaëlis. Enfin, plus récemment encore, M. Cusco (7), formant un corps de doctrine des idées des différents auteurs que nous venons de ci-

(1) Annales de la syphilis et des maladies de la peau, t. IV, p. 177.
(2) Paris, 1855, p. 196.
(3) Traité théorique et pratique des maladies vénér. Lyon, 1840.
(4) Union médicale, 25 octobre 1855.
(5) Loc. cit.
(6) 1862, nos 16, 18 et 20.
(7) Gazette des hôpitaux, numéros des 3, 12 juin et 1er juillet 1862.

ter, va jusqu'à dire que l'apparition du chancre n'est pas nécessaire au développement de la syphilis, et que cet accident, auquel il refuse de donner le nom de *primitif*, peut manquer dans un grand nombre de cas. Cette assertion logique à la rigueur nous paraît, au reste, contredite par les faits.

Il nous semble qu'on doit surtout invoquer la pathologie générale pour arriver à résoudre une question aussi importante. Peut-être l'étude du mode d'action comparé des différents virus nous aidera-t-elle à sa solution.

En 1848, M. Renault (d'Alfort) présenta à l'Académie de Médecine le résumé de diverses expériences pratiquées sur les animaux, à l'effet de déterminer si les virus de la morve et de la clavelée étaient absorbés immédiatement après leur inoculation. 13 chevaux avaient été inoculés avec le virus morveux; chez tous la piqûre avait été cautérisée au fer rouge à des époques de plus en plus rapprochées du moment de l'insertion, et variant de quatre-vingt-seize heures à une heure, et cependant tous avaient été atteints de la morve et avaient succombé. Les résultats avaient été plus frappants encore, s'il se peut, pour les inoculations du virus de la clavelée. M. Renault avait inoculé 22 moutons et cautérisé le point d'insertion trente, vingt, quinze, dix et enfin cinq minutes après l'inoculation. Tous les moutons avaient été également atteints de la clavelée.

Il n'est donc pas douteux, après les expériences de M. Renault, que les virus de la morve et de la clavelée

ne soient immédiatement absorbés (1). Voyons maintenant ce qui a lieu pour le virus-vaccin.

Les deux auteurs qui font autorité en matière de vaccine et de vaccination, MM. Bousquet (2) et Steinbrenner (3), professent tous deux très-catégoriquement que « dès que le virus est introduit dans la piqûre, il « est absorbé, et l'infection générale est commencée; « mais il y a alors, comme pour la variole et pour toutes « les autres maladies contagieuses, une période d'incu- « bation. » (Steinbrenner, p. 737.)

Ils croient tous deux aussi que la vaccine peut suivre sa marche préservatrice sans donner lieu à aucun accident local, à aucune pustule vaccinale, et ils citent, à l'appui de leur thèse, les faits si remarquables rapportés par Tréluyer, Petiet, Raynal, Castéra, et ceux dont on peut lire la relation dans les *Mémoires du comité de vaccine de* 1812.

L'un de nous a répété avec le virus-vaccin les expériences que M. Renault avait entreprises avec d'autres virus; il est arrivé 5 fois sur 7 aux mêmes résultats que le professeur d'Alfort. (Ces résultats ont été consignés dans un mémoire présenté à l'Académie de Médecine le 19 août 1862.) M. Monneret, qui a pratiqué

(1) Nous ne voulons pas prétendre que tous les virus soient *immédiatement* absorbés. Le plus ou moins de rapidité de l'absorption dépend et de la nature du virus inoculé et des tissus au sein desquels il a été déposé.

(2) Traité de la vaccine. Paris, 1848.

(3) Traité de la vaccine. Paris, 1846.

des expériences conçues d'une autre façon, est arrivé aux mêmes conclusions (1).

Il est donc acquis à la science que les virus de la morve, de la clavelée et de la vaccine, inoculés à un individu sain, sont absorbés presque immédiatement, et il est acquis aussi que la maladie générale n'est en rien subordonnée au développement d'un travail local qui peut manquer, et qui n'est, dans tous les cas, qu'un résultat de l'infection de l'économie.

S'il en est ainsi pour ces trois maladies, il est permis d'en induire que les choses doivent se passer de la même façon pour la syphilis. Autrement il faudrait supposer que, pendant cette longue incubation de vingt-cinq jours en moyenne, qui sépare l'inoculation de l'apparition du premier symptôme, le virus, contrairement aux données de la physiologie la plus élémentaire, contrairement aussi aux enseignements qui ressortent des expériences que nous avons citées, il faudrait supposer que ce virus restât isolé dans les tissus sans se mélanger au sang ni à la lymphe. Et, nous le demandons, comment comprendre cet isolement des milieux ambiants? Par quel mécanisme organique l'expliquer? Pourquoi, au bout de vingt-cinq jours, ce virus, si longtemps renfermé dans d'étroites limites, briserait-il les obstacles qui s'opposaient à sa diffusion dans l'économie? Quelle serait la raison d'être? quelle serait l'explication de cette longue *incubation locale?*

(1) Pour plus de détails voir la thèse de l'un de nous. Loc. cit., p. 23 et suiv.

Nous n'hésitons donc pas à admettre :

1° Que le virus syphilitique introduit dans les tissus est rapidement absorbé.

2° Que la période dite d'incubation est le temps nécessaire au virus pour pénétrer l'organisme tout entier, et pour se reproduire.

3° Que la destruction par la cautérisation, ou autrement, du chancre infectant n'empêche en rien le développement de la maladie générale.

4° Que le chancre infectant n'est que la première manifestation de la diathèse syphilitique.

On a voulu arguer de ce que le chancre se produit toujours au point de l'inoculation, pour soutenir que c'est bien un accident purement local, et qui paraît avant l'infection générale. Nous ne trouvons pas, dans ce fait si naturel, un argument contre notre manière d'envisager les faits. Est-ce qu'il n'y a rien qui choque la raison dans cette production d'un phénomène, ou, pour mieux dire, du premier phénomène local dans le point même de l'insertion virulente? N'est-il pas vraisemblable que le fait même de l'inoculation prépare le point inoculé, de façon qu'il soit plus apte que tout autre à recevoir et à subir les premières manifestations de la syphilis? Les choses ne se passent-elles pas d'une façon tout à fait identique dans le développement des pustules vaccinales qui, nous croyons l'avoir suffisamment démontré, ne sont que des manifestations de l'état général? Il nous semble qu'il n'est pas nécessaire, pour expliquer ce fait, de dire, comme M. Cusco, qu'il n'y a chancre produit que lorsqu'il y a combinaison au point

d'inoculation d'une lésion locale indépendante de la syphilis (herpès, gerçure, coupure, morsure, brûlure) avec l'élément syphilitique. Dans cette hypothèse, l'accident primitif manquerait presque toujours, car il est difficile d'admettre que la lésion locale (herpès, gerçure, etc.), qui, selon M. Cusco, a nécessairement servi de porte d'entrée au virus, persiste pendant toute la durée de l'incubation pour se combiner avec le virus élaboré, et former cette première manifestation hybride. Malheureusement pour cette nouvelle théorie, nous voyons bien rarement manquer l'accident primitif, et nous n'avons guère de moyens de nous assurer que le point où il se développe a été sain ou non au moment du contact infectieux.

Le virus syphilitique ne naît pas spontanément; il est toujours introduit dans l'organisme, comme nous l'avons déjà dit, par une inoculation artificielle ou par l'inoculation résultant de la contagion; nous ne parlerons pas d'un troisième mode d'infection, la *transmission héréditaire,* que M. Clerc nomme la transmission par *inosculation*, elle doit faire l'objet d'un chapitre spécial.

La contagion de la syphilis est un des points les plus intéressants, comme aussi les plus discutés, de son histoire. L'accident primitif est-il seul contagieux? Les accidents secondaires et tertiaires sont-ils aussi transmissibles? Peut-on contracter la vérole par l'inoculation du sang ou des sécrétions d'un syphilitique? Telles sont les questions qui, depuis une vingtaine d'années, ont soulevé tant de discussions passionnées, et sur les-

quelles, depuis quelques travaux récents, le jour paraît se faire.

Pendant longtemps ce fut un des articles de foi de la doctrine de l'hôpital du Midi, de croire que le chancre primitif pouvait seul transmettre la syphilis. M. Ricord étayait son opinion de cette raison, plus spécieuse que probante, que jamais la vérole ne débutait autrement que par un chancre ; il ne réfléchissait pas qu'une maladie virulente quelconque ne peut pas se dédoubler. Si, par exemple, un individu sain contracte la variole en s'exposant au contact d'un varioleux qui a atteint la période pustuleuse de la maladie, croit-on que l'affection débutera immédiatement chez le contaminé par des pustules? Non, sans doute; elle commencera par les prodromes ordinaires, puis viendront successivement l'érythème, les papules, etc.; elle suivra, en un mot, toutes ses phases régulières. Il en sera évidemment de même pour la syphilis, quelle que soit la source à laquelle elle ait été puisée. Il nous reste à démontrer que cette source n'est pas unique.

ACCIDENTS SECONDAIRES.

Nous ne parlerons pas des nombreuses observations publiées pour prouver la contagiosité des accidents secondaires et qui ne reposent pas sur des expériences directes; nous ne citerons que les faits d'inoculations artificielles : ces inoculations ont presque toutes donné un résultat positif.

En 1835, Wallace, de Dublin, inocula à un individu

sain du pus provenant de pustules d'ecthyma; un mois après, survinrent des tubercules ulcérés (chancres infectants) au niveau des piqûres. Ces tubercules furent suivis d'infection constitutionnelle.

En 1836, le même chirurgien répéta avec le même résultat une expérience analogue.

En 1849, Vidal (de Cassis) inocula du pus d'accidents secondaires à M. B***, interne en pharmacie à l'hôpital du Midi; trente-cinq jours après l'inoculation, apparurent aux points d'insertion des pustules suivies d'infection générale.

En 1850, Waller, de Prague, inocula, toujours avec le même résultat positif, du pus de plaques muqueuses.

En 1852, une première discussion eut lieu à l'Académie de Médecine sur la possibilité de la contagion de la syphilis secondaire. M. Ricord tint tête à l'orage, opposa à ses adversaires toutes les fins possibles de non-recevoir, et finit par se réfugier dans ce dernier argument, que Wallace, Waller et Vidal avaient certainement commis des erreurs de diagnostic et pris pour des accidents secondaires des chancres primitifs. « Je ne « veux pas, disait M. Ricord, par esprit de système, que « les accidents secondaires ne soient ni contagieux ni « inoculables, mais je veux, pour me faire changer « d'opinion, qu'on me donne des faits plus probants. » Ces faits plus probants ne tardèrent pas à être fournis à M. Ricord.

En 1852, Rinecker inocula avec succès du pus d'acné syphilitique.

En 1859, M. Guyenot, interne à l'hospice de l'Anti-

quaille de Lyon, inocula par quatre piqûres le bras droit d'un enfant indemne d'antécédent syphilitique, avec du pus recueilli sur les plaques muqueuses d'un adulte. Un mois après, survinrent trois chancres infectants. M. Guyenot a donné tous les détails sur cette expérience, qui fut entourée des précautions les plus sévères et des garanties les plus scientifiques (1). La même année, du reste, trois inoculations du pus d'accidents secondaires avaient été tentées à l'hôpital Saint-Louis par M. Gibert et par M. Auzias-Turenne. Toutes trois furent suivies d'infection constitutionnelle.

A cette époque, l'Académie de Médecine fut de nouveau saisie de la question par le ministre des travaux publics; la discussion de 1852 se reproduisit à peu près dans les mêmes termes, si ce n'est que M. Ricord finit par reconnaître à peu près, non sans de nombreuses restrictions et réserves, cette doctrine de la transmission secondaire qu'il avait combattue si longtemps.

Nous savons qu'on objectera que, dans un certain nombre de cas, l'inoculation des accidents secondaires a été négative; que les Drs Cullerier, Rattier, Sarrhos, l'ont en vain tentée à plusieurs reprises sur eux-mêmes; que le Dr Pochon, dans sa thèse inaugurale soutenue à Paris en 1858, cite une observation dans laquelle M. Rodet, chirurgien de l'Antiquaille, ayant pratiqué une inoculation d'accidents secondaires sur un sujet sain, n'obtint aucun résultat. Mais, sans parler de la pos-

(1) De l'Inoculabilité de la syphilis constitutionnelle (thèse inaug.). Paris, 1859.

sibilité de trouver certains sujets réfractaires à l'action d'un virus, sans discuter les conditions dans lesquelles ces inoculations ont été pratiquées, que prouvent quelques faits négatifs en présence de faits positifs si nettement établis ?

En dehors des inoculations artificielles, ne trouverons-nous pas encore des preuves plus nombreuses et aussi irréfutables de la transmission des accidents secondaires, sans compter les accidents secondaires de la bouche, chez les nourrissons, donnant lieu à des chancres infectants du mamelon chez leurs nourrices, chancres que l'école du Midi n'expliquait qu'au moyen des interprétations les plus tourmentées ; n'avons-nous pas l'exemple si frappant, rapporté par M. Rollet, de cette transmission de la syphilis secondaire, bouche à bouche, par l'entremise d'un tube à souffler les bouteilles chez des ouvriers verriers du département de la Loire (1) ? La statistique n'accuse pas moins de 4 chan-

(1) La Société de médecine de Lyon (voir la *Gaz. méd. de Lyon*, 1er et 16 novembre 1862) s'est préoccupée des moyens de remédier à cette contagion si fréquente. Pour souffler complétement les bouteilles, le tube doit *forcément* passer par plusieurs bouches ; M. Diday a proposé de faire visiter les ouvriers verriers, et de n'admettre dans les ateliers que ceux qui seraient porteurs d'un certificat de santé. Les ouvriers ont eux-mêmes pris l'initiative de cette demande, et un arrêté du maire de Rive-de-Gier, en date du 7 octobre 1862, y a fait droit. Ce moyen serait excellent sans doute; mais ne doit-on pas craindre que les ouvriers qui y seront soumis ne le trouvent plus tard humiliant et vexatoire ? M. Chassagny croit qu'il serait mieux de donner à chaque souffleur de verre un embout, dans lequel il introduirait la canne quand viendrait son tour de s'en servir. Pour les forcer à user de cet embout, M. Diday recommande de le fabriquer de telle façon qu'il entre dans la canne, et de donner à l'ex-

cres infectants de la bouche sur 100 siégeant dans d'autres régions du corps. Les rapports anormaux pourraient-ils seuls expliquer une pareille proportion ? Ne voit-on pas chaque jour, et l'un de nous a été souvent à même de l'observer, des filles, atteintes de papules muqueuses, arrêtées et envoyées dans les services de Saint-Lazare, sur la plainte d'individus qu'elles ont infectés ? Enfin il n'est pas de praticien qui n'ait le souvenir de quelque cas semblable, bien heureux quand il n'a pas contribué, sur la foi d'une doctrine qui a eu son temps, à inspirer une confiance trompeuse dans la non-contagiosité des accidents secondaires.

Nous avons déjà dit quelle est notre manière de voir au sujet de l'accident initial de la syphilis. Selon nous, cet accident est, dans tous les cas, un chancre infectant.

M. Rollet et M. Langlebert (1) ont tous deux insisté sur ce même fait, que le résultat de la contagion secondaire est toujours un chancre. Une discussion assez vive s'est élevée entre ces deux syphiliographes sur la propriété de cette découverte. Il ne nous appartient pas de nous poser en juges du débat ; nous devons dire cependant qu'il est incontestable que si M. Langlebert et, encore avant lui, M. Auzias-Turenne (2) ont les pre-

trémité de celle-ci un diamètre tel que l'ouvrier ne puisse l'introduire dans sa bouche sans embout. Les ouvriers, prévenus du danger qu'ils courent, ne feront, espérons-le, aucune difficulté pour employer ce moyen prophylactique si simple.

(1) Du Chancre produit par la contagion des accidents secondaires. Paris, 1861.

(2) Extrait des procès-verbaux de la Société médicale du Panthéon, p. 6. Paris, 1856.

miers, parmi les médecins contemporains, signalé le fait, il revient à M. Rollet l'honneur d'avoir le premier posé ce principe en règle générale, d'en avoir fait ressortir toutes les conséquences, d'en avoir, en un mot, fait une loi. Nous devons ajouter aussi que la découverte en litige n'est pas nouvelle et que la plupart des anciens auteurs avaient émis cette opinion.

Brassavole, en 1550, Guillaume Rondelet, en 1574, écrivaient déjà que, chez les nourrices infectées, la vérole commence par des ulcères du sein (1).

Astruc (2) dit qu'elle commence par des chancres primitifs.

Fabre (3) émet, à peu près dans les mêmes termes, la même opinion.

Petit-Radel (4) est plus catégorique encore : « L'impression de ce délétère (virus), chez les nourrices, « commence toujours par la région du corps qui est le « plus souvent en pleine communication avec la bouche de l'enfant, notamment quand cette partie est « affectée de quelques vices qui dénotent l'infection. « Le mamelon, très-poreux de sa nature, absorbe alors « le virus avec la salive qui lui sert de véhicule ; celui-ci « dès lors, stasant dans le cuticule, donne lieu à une « phlogose douloureuse et par suite à de petits boutons qui bientôt deviennent autant d'ulcères ou chan« cres..... Quelquefois les glandes des aisselles et celles

(1) *Aphrodisiacus*, p. 937.
(2) Loc. cit., t. II, p. 40 (trad. de Louis).
(3) Loc. cit., p. 15.
(4) Paris, 1812, t. I, p. 361.

« du cou se prennent et se gonflent de manière à offrir « toutes les apparences d'un engorgement inflamma- « toire; et, consécutivement à ces symptômes primitifs, « on en voit survenir d'autres qui établissent alors « d'une manière non douteuse l'existence de la syphilis « constitutionnelle. »

Benjamin Bell (1), Bertin (2), Delpech, dans sa *Chirurgie pratique de Montpellier* (3), écrivent tous que le résultat de la contagion des accidents secondaires du nourrisson transmis à la nourrice est toujours un chancre.

Il reste à déterminer un point important : les accidents secondaires sont-ils tous contagieux? et, s'ils le sont, le sont-ils tous au même degré (4)? Nous nous ran-

(1) Loc. cit., t. II, p. 620.

(2) Traité des maladies vénér., p. 111. Paris, 1810.

(3) On lit dans le premier volume de la *Chirurgie clinique* de Delpech : « Il n'est pas rare que des baisers sur la bouche, donnés par des personnes infectées et portant quelque symptôme syphilitique au gosier ou dans la bouche, donnent lieu à une infection qui se fait alors par le bord libre des lèvres... On ne voit guère alors une phlegmasie comparable à celles du canal de l'urèthre ou de la conjonctive, accompagnée d'un flux purulent; mais on observe communément une ou plusieurs ulcérations, suivies ordinairement de l'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques correspondants, ceux des régions jugulaire ou sous-maxillaire. Cette conséquence est tellement commune que l'engorgement concomitant des glandes, ou succédant de fort près aux ulcérations syphilitiques, peut servir à distinguer les ulcérations primitives ou chancreuses, des ulcérations consécutives provenant d'une vérole ancienne, et qui n'entraînent jamais un pareil accident. Le chancre et le bubon sont donc les premiers symptômes exclusifs de l'infection syphilitique exercée par la bouche. »

(4) Il resterait à savoir si les accidents secondaires sont plus ou moins contagieux que l'accident primitif. Quelques inoculations artificielles de

geons complétement à l'avis de M. Bertherand, qui, dans son *Traité des maladies vénériennes* (1), a établi que les accidents secondaires à forme suppurative étaient surtout contagieux; M. Fournier, dans sa thèse (2), a apporté de nouvelles preuves à l'appui de cette assertion. Au reste, il est évident *a priori* que, pour transmettre le virus, il faut un véhicule, et ce véhicule est presque toujours le pus. L'accident syphilitique secondaire le plus facilement contagieux est donc, sans contredit, la plaque muqueuse; nous placerions immédiatement après elle la diphthérite (lésion décrite pour la première fois par l'un de nous (3); puis, en dernier lieu, viendraient les syphilis pustuleuses (ecthyma, impétigo, acné, rupia). Nous étudierons plus spécialement ce point à propos des différents modes de la contagion syphilitique.

ACCIDENTS TERTIAIRES.

Les accidents tertiaires, transmissibles peut-être par inoculation, ou, pour mieux dire, par hérédité, ne le sont pas, à coup sûr, par *inoculation;* les expériences entreprises par M. Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, l'ont démontré d'une façon péremptoire.

chancres infectants ont été tentées; elles n'ont pas donné lieu toutes à des résultats positifs. Il est donc impossible d'établir une comparaison basée sur des éléments suffisamment nombreux.

(1) Strasbourg, 1852.

(2) De la Contagion. Paris, 1860.

(3) Union médicale des 10 et 15 août 1861.

Contagion par le sang.

Nous abordons une des questions les plus controversées, et qui, pendant ces dernières années surtout, ont soulevé le plus d'orages. Avant d'examiner les observations sur lesquelles s'appuient les partisans de la transmissibilité de la syphilis par le sang, nous devons nous demander si le sang est contagieux dans les autres maladies virulentes ; ce fait est aujourd'hui résolu par l'affirmative et mis hors de doute par les nombreuses expériences dont nous empruntons le tableau à l'excellente thèse de M. Viennois (1) :

ÉPIZOOTIE. Anonyme de Brunswick, 1763 (Gaz. méd. de Paris, 1852, p. 730).

CLAVELÉE. Exp. de Lebel (Société centrale de médecine vétérinaire, 20 novembre 1846).

SANG DE RATE. Exp. de Rayer, 26 juin 1850; de Barthélemy, 1823; de Voyer, Manoury, Boutet, Davaine.

MORVE. Injection. Exp. de Colemann (Not. fond. de l'art. vétér., t. III, p. 217.—Renault, d'Alfort (Bulletins de l'Acad. de Méd., 7 février 1843.—Exp. de Guyon (Revue méd., septembre 1845.— Egic Viborr (Guide pour reconnaître et traiter les maladies dites gourmes, farcin et morve).

CHARBON. Gilbert (Recherches sur les malad. charbon. Versailles, an III, p. 11. — De Lafond, à Rosel (Somme).

RAGE. Exp. d'Eckel, de Vienne (Autriche) (Recueil de méd. vétér. pratique, t. IV, 3e série).

VARIOLE. Inoculation. Luigi Sacco (Giorn. per serv. ai progressi, janvier 1849). — Dict. en 30 vol., p. 578).

(1) Paris, 1860.

ROUGEOLE. Home, d'Édimbourg, 1758. — Speranza, à Milan, 1822 (Bibl. italiana, août 1825.— Mikaël, de Katona (Revue des journ. allem.; Gaz. méd. de Paris, 1843, p. 401).

DIPTHÉRITE. Obs. relat. au D[r] Loreau et à M. Baudry (Union médicale, 7 juillet 1859).

PESTE. Exp. de Lachèze (Gaz. méd. de Paris, 1846).

Telle est la nomenclature succincte des expériences connues dans lesquelles le sang des maladies virulentes diverses a été inoculé avec un résultat positif. Si nous suivons toujours le même mode d'induction, nous sommes amené *a priori* à ne pas faire une exception pour la syphilis, ou du moins à croire à la possibilité de la transmission de cette maladie par le sang.

Le 27 juillet 1850, Waller, de Prague, fit, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves, l'inoculation du sang d'une femme syphilitique, atteinte de vérole secondaire, à un jeune garçon âgé de 15 ans. Le 31 août 1850 (trente-quatre jours après l'inoculation), on remarqua aux points d'insertion deux tubercules que M. Viennois, dans un mémoire remarquable (1), n'hésite pas à considérer comme des chan-

(1) Examen des opinions émises par M. Ricord, 1862. — Leçons professées à l'Hôtel-Dieu à propos d'une femme contagionnée par du vaccin pris sur un enfant syphilitique. — Le professeur niait encore, comme il l'avait fait dans ses publications précédentes, la contagiosité du sang; ses arguments, toujours les mêmes, furent amplement réfutés dans le travail de M. Viennois (Examen des opinions émises récemment par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris.—Leçon faite, le 8 février 1862, par A. Viennois à l'École de Médecine de Lyon). Depuis M. Devergie a lu à l'Académie de Médecine l'observation d'un jeune garçon qui, sept mois auparavant, a été infecté par la vaccination, dans le service de M. Barthez. —

cres, et qui furent suivis, dans les délais ordinaires, d'accidents constitutionnels.

En 1856, le secrétaire de la Société de médecine du Palatinat annonça à cette assemblée qu'un médecin qui désirait garder l'anonyme avait inoculé, avec du sang provenant d'un syphilitique secondaire, 9 individus sains. Sur ce nombre, 3, c'est-à-dire un tiers, l'avaient été avec succès. On trouvera tous les détails sur ces curieuses observations dans la *revue critique* de M. Lasègue (1).

D'autres expériences ont été tentées par M. Diday avec du sang de syphilitiques tertiaires (2) ; elles n'ont donné lieu à aucun résultat.

Un médecin d'Alby, M. Lalagade, a pratiqué, dans le courant de l'année 1860, trois inoculations avec du sang provenant de sujets atteints de syphilis constitutionnelle, ou du moins qu'il considérait comme tels.

Ces expériences, qui n'ont pas eu de résultats, ne nous paraissent pas fort concluantes; M. Viennois (*loc. cit.*) les a discutées avec beaucoup de rigueur et a démontré leur insuffisance.

Enfin nous trouvons dans le numéro du 16 mai 1862 de la *Gazette médicale de Lyon* la traduction d'un mémoire de M. Pellizari (de Florence), dans lequel ce sa-

M. Ricord déclara qu'il n'avait rien à objecter à ce fait, et que s'il avait repoussé autrefois la contagion par le vaccin, les faits s'étaient tellement multipliés depuis quelque temps, qu'il n'hésitait pas à l'admettre aujourd'hui (Gazette des hôpitaux, 21 mai 1863).

(1) Archives générales de médecine, t. I, p. 603.

(2) Gazette médicale de Paris, 1849.

vant distingué rapporte qu'il a pratiqué à deux reprises l'inoculation du sang d'individus atteints de syphilis secondaires sur des individus sains. La première inoculation eut lieu le 23 janvier 1860; les Drs Billi et Testi, qui s'y soumirent, n'ont ressenti depuis aucun effet local ou général. L'inoculation avait été faite, comme le recommandent MM. Rollet et Viennois, sur une large surface dénudée de son épiderme. Le 6 février 1862, M. Pellizzari, opérant de même, inocula les Drs Bargioni, Rosi et Passigli : deux de ces inoculations restèrent sans résultat; mais, le 3 mars (après vingt-cinq jours d'incubation par conséquent), le Dr Bargioni vit apparaître à son bras gauche, au niveau du point inoculé, une papule à base dure, accompagnée d'adénopathie axillaire, et suivie de tout le cortége des accidents constitutionnels.

Parlerons-nous encore de ces faits de transmission de la syphilis par la circoncision, et surtout par la vaccine, faits si nombreux dans la science, et que M. Viennois a réuni dans un travail très-bien fait (1), et surtout de cette épidémie de Rivalta, petit village du Piémont, dans lequel quarante-cinq enfants furent infectés à la suite d'une vaccination pratiquée avec du vaccin pris sur un enfant syphilitique? M. Viennois conclut, de l'étude de ces faits, que le vaccin isolé ne peut servir de véhicule au virus, et que la contagion a toujours lieu au moyen d'une certaine quantité de sang mêlée au vaccin.

(1) Archives générales de médecine, numéros de juin et suiv. 1860.

Sans conclure aussi nettement que M. Viennois et en réservant cette question de la transmission de la syphilis par le vaccin, nous croyons cependant à la contagion par le sang. Il est certainement une limite, dans l'évolution syphilitique, où le sang perd son pouvoir contagieux : ainsi il est hors de doute que le sang d'un individu atteint de syphilis tertiaire peut être impunément inoculé à un individu sain ; les expériences constamment négatives de M. Diday en font foi. Il est probable aussi qu'à une certaine époque, déjà avancée, de la période secondaire il en est de même ; mais on ne peut révoquer en doute ni négliger complétement les inoculations positives de Waller, de l'anonyme du Palatinat, et surtout celles de M. Pelizzari. Il est évident pour nous, il sera évident pour tout lecteur non prévenu, que le sang d'un syphilique secondaire peut être contagieux ; il l'est moins facilement, à coup sûr, que le pus de l'accident primitif ou des papules muqueuses, mais il l'est, *cela est incontestable*. Nous verrons à la fin de ce volume, à propos de la prophylaxie, de quelle importance extrême est la détermination de ce point capital.

Contagion par la salive, le lait, la sueur et les sécrétions diverses.

Si le sang d'un syphilitique est contagieux, il est probable que les sécrétions normales ou morbides le sont aussi ; elles le sont vraisemblablement à un degré moindre que le sang, qui, comme nous l'avons dit,

est lui-même moins contagieux que le pus des accidents primitifs ou secondaires. Mais, nous devons l'avouer, aucun fait ne milite en faveur de l'opinion que nous venons d'émettre; la seule chose certaine, c'est que des maladies virulentes ont été communiquées par ce moyen. M. Melchior Robert (1) cite le cas d'un élève de l'Amphithéâtre de dissection des hôpitaux de Paris qui succomba à une variole survenue à la suite d'une piqûre qu'il se fit avec un scalpel imprégné du pus provenant d'un épanchement intra-articulaire chez un varioleux. Les auteurs citent bien aussi des faits de syphilis contractées avec des femmes qui ne présentaient ni érosions ni ulcérations d'aucune sorte, mais qui étaient affectées seulement de blennorrhagies ou de vaginites dont le pus aurait servi de véhicule au virus. Mais, outre que ces observations ne sont pas entourées des détails qui pourraient seuls leur donner une véritable valeur scientifique, il est bien difficile, dans tous les cas, de constater d'une façon absolue qu'une femme ne présente aucune érosion ou ulcération si petite qu'elle soit. Nous conclurons donc en disant que, dans l'état actuel de la science, rien n'autorise à accepter comme démontrée la contagion de la syphilis par les sécrétions diverses normales ou morbides; mais que cette contagion est possible, probable même, puisqu'elle a lieu dans certaines maladies virulentes autres que la syphilis (2).

(1) Loc. cit., p. 498.

(2) Cette contagion par les sécrétions normales ou morbides a une bien grande importance; en effet, si on suppose un individu atteint de syphi-

DES DIFFÉRENTS MODES DE LA CONTAGION SYPHILITIQUE.

La contagion peut être *immédiate*, c'est-à-dire avoir lieu à la suite d'un contact direct entre le syphilitique et l'individu sain ; elle peut être aussi *médiate*, c'est-à-dire se faire au moyen d'un intermédiaire : dans cette seconde classe rentre la syphilis héréditaire.

Contagion immédiate.

Le mode le plus fréquent de la contagion immédiate est la contagion par le *coït*.

En 1805, Jacob de Catanée (*Aphrodisiacus*, p. 139) écrivait :

« Virile membrum vel vulva primo inficitur ex con-
« tratu ulceris in eisdem membris existentis. Et hæc est
« prima causa. »

Depuis Jacob de Catanée et Gaspard Torella (1), qui, huit années auparavant (1497), avait déjà émis la même pensée, d'une façon moins précise cependant, le coït a toujours été regardé, excepté dans les premières années de l'invasion, comme la principale source de la contagion syphilitique. Le nombre des accidents pri-

lis constitutionnelle à l'état latent, sans manifestations extérieures, et porteur en même temps d'un chancre simple, il pourra donner à la fois le chancroïde et la syphilis, au virus de laquelle le pus du chancre simple aura pu servir de véhicule. Il y aurait quelques rapports entre ce fait et la contagion par le *chancre mixte* de M. Laroyenne, sur lequel nous insisterons dans le chapitre consacré au chancre infectant.

(1) *Aphrodisiacus*, p. 491.

mitifs observés aux organes génitaux est relativement si considérable qu'on pourrait, sans craindre d'être taxé d'exagération, affirmer que 9 *fois sur* 10 le coït a été la cause première de la syphilis.

Quelles sont les conditions pour que la contagion puisse avoir lieu à la suite des rapports sexuels?

Ces conditions sont :

1° Le dépôt du virus syphilitique sur un point de la peau ou des muqueuses.

2° Il faut, très-vraisemblablement du moins, une excoriation, une dépidermation, une déchirure quelconque (si facilement produites par le coït du reste), au point où le virus a été déposé, sans cela il serait difficile de comprendre l'absorption du virus par les lymphatiques. Certains auteurs, Fabre (1) entre autres, croient que l'absorption est certainement plus facile lorsque le virus est déposé sur une muqueuse recouverte d'un léger épithélium que sur la peau protégée par un épiderme épais, mais ils croient cette absorption possible sans qu'il y ait d'excoriations. Pour nous, cela nous paraît improbable.

3° Il faut admettre que l'individu soumis à la contagion n'y soit pas réfractaire, il faut admettre encore qu'il n'ait pas eu la syphilis constitutionnelle ni acquise, ni héréditaire. A cette dernière règle, il est certainement quelques exceptions. M. Diday (2) a publié récemment un mémoire sur les réinfections, dans le-

(1) Loc. cit., p. 2.

(2) Archives générales de médecine, numéros de juillet et août 1862

quel il cite les observations de trente individus guéris d'une première vérole qui en ont contracté depuis leur guérison une seconde. Cela n'a rien de surprenant, c'est un point de ressemblance de plus entre la syphilis et les autres maladies virulentes, ressemblance consolante, car elle est la preuve irréfutable que la syphilis peut se guérir. Au reste, ces réinfections seront toujours relativement fort rares, et l'individu qui a été déjà diathésé jouit d'une immunité à peu près complète.

Nous l'avons dit plus haut, quelle que soit la nature de la lésion qui a fourni le virus, que ce soit un accident primitif, un accident secondaire ou bien encore le sang (ce qui peut arriver dans des rapports sexuels avec une femme au moment de ses menstrues), la lésion initiale, chez le contaminé, sera toujours un chancre (1).

Contagion par la bouche.

La contagion par la bouche peut avoir lieu par les embrassements, les baisers, et par ces mille raffinements de la lubricité qu'il ne nous appartient ni d'énumérer ni de décrire. Dans ces cas, la contagion a surtout lieu par les accidents secondaires. On sait combien on observe souvent les papules muqueuses simples, les

(1) Nous devons mentionner, comme source fréquente de contagion, le *coït anal* chez les pédérastes et chez les filles publiques. Ces rapports *a præpostera venere* sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense dans les maisons de tolérance de Paris.

papules opalines, la diphthérite et les ulcérations à fond grisâtre siégeant aux lèvres, à la langue, aux gencives et aux amygdales, pendant toute la durée de la période secondaire de la vérole. On sait, d'un autre côté, combien la couche épithéliale qui recouvre les lèvres est mince, combien aussi, surtout pendant la saison d'hiver, les excoriations et les gerçures sont fréquentes aux lèvres. Toutes ces conditions sont bien faites pour faciliter la contagion : aussi partageons-nous complétement l'avis de M. Rollet quand il dit que le plus grand nombre des *chancres céphaliques* sont engendrés par des plaques muqueuses labiales. Il n'est donc pas étonnant qu'on trouve plus de chancres infectants à la tête que de chancres simples. On a supposé même une immunité spéciale de cette région qu'on croyait réfractaire au chancre simple, mais les faits renversent complétement cette théorie. On trouve dans un mémoire de MM. Boys de Loury et Costilhes (1) l'observation d'un chancre mou inoculé à la malade elle-même au grand angle de l'œil et à l'oreille. En 1857, M. Rollet prit du pus d'un chancre simple siégeant sur le fourreau de la verge d'un malade et l'a inoculé avec succès sur un vieillard non-syphilitique derrière l'apophyse mastoïde. En 1858, MM. Nadau de Islets (2), ancien interne de l'hôpital du Midi, Buzenet (3), dans

(1) Recherches cliniques faites à l'hôpital Saint-Lazare (Gazette médicale, 1845).

(2) De l'Inoculation du chancre mou à la région céphalique. Paris, 1858.

(3) Études sur le chancre céphalique. Paris, 1858.

leurs thèses inaugurales, et M. de Huebbenet, professeur à Kieff (1), rapportent qu'ils ont pratiqué un grand nombre de ces inoculations qui ont parfaitement réussi.

Il est donc démontré que la région céphalique, pas plus que toute autre partie du corps, n'est réfractaire au chancre simple ; il reste cependant à chercher une explication de la rareté de l'inoculation de cet accident à la tête. Nous ne pouvons mieux répondre à cette question qu'en empruntant quelques lignes à une très-bonne thèse soutenue à Paris, en 1860, par un élève de l'École de Lyon, M. Basset (2).

« Il est rare, dit-il à ce propos, que les chancres simples de la verge puissent passer inaperçus dans les rapports *ab ore*, et, règle générale alors, l'organe est suffisamment laissé de côté par la femme pour lui faire éviter un chancre simple céphalique ; n'ayant pas de chancre simple aux lèvres, elle ne peut en donner dans les rapports normaux. Veut-on que je renverse la proposition et que je discute la réciproque ? Je dirai que, de la part de l'homme, les rapports *ab ore* sont rares, et accomplis, règle générale, avec des femmes relativement saines ; de plus, que le sujet atteint de chancre céphalique simple aurait bien de la peine à le communiquer en tant que chancre céphalique, cette lésion ne pouvant se dissimuler comme une plaque muqueuse. »

C'est surtout de la nourrice au nourrisson, et réciproquement du nourrisson à la nourrice, que la con-

(1) Union médicale, 1858.

(2) De la Simultanéité des maladies vénér. Paris, 1860.

tagion de la syphilis par la bouche est la plus fréquente. Si la nourrice est primitivement affectée, si elle présente par exemple des papules muqueuses du mamelon, l'enfant qu'elle allaite contractera la vérole par la bouche, et c'est dans cette région que naîtra l'accident initial, le chancre infectant. Si au contraire l'enfant est atteint d'accidents secondaires buccaux, la vérole sera transmise à la nourrice, et débutera chez elle par un chancre du mamelon. Certes, comme nous l'avons démontré plus haut, les anciens auteurs savaient que la syphilis transmise par l'allaitement débute par un chancre; mais nous devons à la vérité de proclamer que M. Rollet, dans un mémoire publié, en 1861, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, et plus tard dans son ouvrage que nous avons déjà cité si souvent, a le premier bien nettement établi les règles ordinaires de ce mode de contagion, sur lequel nous reviendrons à propos de la syphilis des nouveau-nés. Il suffit de lire le traité, si remarqable du reste, de M. Diday (1), publié en 1854, pour juger du pas énorme que M. Rollet à fait faire depuis deux ou trois ans à cette importante question.

Il est encore d'autres modes de contagion immédiate qu'on pourrait citer : ainsi la transmission du virus par une morsure (2), par la succion (3) du

(1) Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris, 1854.

(2) Watson (Will.), in *Med. Transactions*, t. III, p. 325.

(3) Barry (Ed.), *Account of a malignant lues venerea communicated by suction in the city of Cork*, t. III, p. 444. Edimb., 1728.

sein ou de certaines plaies opérée dans un but thérapeutique; par les excoriations des doigts chez les accoucheurs, les chirurgiens et les sages-femmes (1). M. Viennois (2) parle encore de chancres infectants se développant sur l'avant-bras de deux bonnes qui avaient l'habitude de porter des enfants atteints des papules muqueuses ulcérées de l'anus. Pareil fait s'est produit sur une jeune fille de 12 ans qui portait habituellement dans ses bras nus un des enfants infectés lors des malheureuses vaccinations de Rivalta et qui présentait des papules muqueuses du creux poplité.

Contagion médiate.

Lors de la grande épidémie du xve siècle, les premiers médecins qui furent témoins de la facilité avec laquelle cette maladie nouvelle se répandait crurent qu'elle était transmissible non-seulement par le contact, mais aussi à distance, par l'intermédiaire de l'air, comme la variole ou la peste. En 1495, Pierre Pinctor (3) attribuait sa rapide extension à l'influence des étoiles, Grundbeck (4) à la conjonction de Jupiter et de Mars. Ce qui prouve bien qu'à cette époque on ne soupçonnait pas encore sa véritable nature, c'est que

(1) Gardane, Gazette, 1775, p. 30. — Du Saulsayx (Nicol.), Journal de médecine, 1759, p. 232.

(2) De la Syphilis transmise par la vaccination (Archives génér. de méd., 1860).

(3) Gruner (*Aphrodisiacus,* p. 85).

(4) Gruner (*Aphrodisiacus,* p. 63).

personne ne lui donnait le nom de *maladie vénérienne*, parce que, dit Swediaur (1), on regardait alors la propagation de ce mal par le coït comme nulle ou comme très-accidentelle. C'est à cette époque qu'on mettait en jugement le cardinal Wolsey, atteint de syphilis, et accusé d'avoir parlé à l'oreille de Henri VIII. Certains moines qui n'avaient pas échappé à la contagion prétendaient avoir contracté la maladie à travers les grilles du confessionnal; cependant, après quelques années d'observation, les médecins qui étudiaient cette maladie nouvelle se rendirent mieux compte de son mode de propagation; comme nous l'avons dit, en 1505, Jacob de Catanée écrivait que le coït était sa principale source; en 1512, Alménar raillait les médecins qui croyaient *pieusement* aux contagions à distance invoquées par les moines. Vidius, en 1550, et Fernel, en 1556, mieux édifiés encore, affirmaient dans leurs écrits que jamais on n'avait vu la vérole se propager par l'intermédiaire de l'air. Peut-être ne serait-il pas impossible d'admettre, avec un syphiliographe distingué, qu'au début (*en supposant prouvée l'origine américaine*) la vérole ait revêtue la forme épidémique. La rapidité extraordinaire de son extension dans le camp français devant Naples et aussi dans toute l'Europe, la forme grave des lésions qui la caractérisaient, et enfin l'avis émis en faveur de cette manière de voir, en 1530, par Fracastor (2) sembleraient venir à l'appui de cette opi-

(1) Loc. cit., t. II, p. 44.

(2) *Veronensis opera omnia; Venetiis apud Juntas*, 1555.

nion, dont la solution n'a du reste qu'une importance secondaire.

Il est bien prouvé aujourd'hui que la syphilis ne se transmet pas à distance, mais elle peut être communiquée par l'intermédiaire de certains objets. Nous avons parlé déjà du fait de la contagion par le tube à souffler chez les verriers de Rive-de-Gier. M. Rollet, dans son excellent traité, cite l'observation d'une dame qui avait coutume de porter à sa bouche la cuiller de sa cuisinière, et qui contracta ainsi la vérole. Que de contagions de ce genre au moyen des pipes et aussi des verres à boire, des cuillers et des fourchettes, dans les ménages pauvres, où ces ustensiles servent successivement aux usages de chacun. L'un de nous connaît l'exemple d'une famille qui fut infectée tout entière de cette façon. Un autre mode de contagion médiate, c'est l'infection par l'intermédiaire des vêtements. M. Clerc a pu montrer à ses élèves un vieillard de plus de 70 ans, qui depuis longues années n'avait eu de rapports sexuels; il portait un chancre infectant du gland, qui provenait du frottement de l'organe contre un pantalon d'origine suspecte qu'il portait depuis environ deux mois (1).

Nous ne devons pas oublier de mentionner la contagion par les scarificateurs, les instruments de chirurgie (2) divers et les linges de pansement. Les expé-

(1) Fabrice de Hilden cite un cas analogue. Cent. 1, obs. 100.

(2) M. Fournié, de l'Aude, a communiqué récemment à l'Académie de Médecine une observation de transmission de la syphilis par le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec un instrument non essuyé.

riences de Waller et de Wallace nous en prouvent la possibilité.

N'oublions pas non plus les faits rapportés par plusieurs auteurs (1), d'accoucheurs ou de sages-femmes, propageant la syphilis en négligeant de laver soigneusement leurs mains imprégnées de virus, et enfin ce mode plus fréquent encore de contagion médiate, dans lequel des femmes transmettent à un individu sain le pus virulent déposé dans les replis de la muqueuse génitale par un individu contaminé, et cela sans être infectées elles-mêmes, en ne servant pour ainsi dire que de véhicules. Wideman, Georgius Vella, Fernel, Thierry de Héry, ont parlé de ce mode spécial de contagion. En 1673, Nicolas de Blegny (2) écrivait : « Une « femme peut recevoir la semence d'un homme impur « et se joindre peu après à un autre sur la verge duquel « cette matière corrompue pourra s'attacher et y faire « une impression pernicieuse, quoy qu'ensuite de cela « cette mesme femme puisse rejeter tout ce qu'elle aura « reçu de l'un ou de l'autre sans être endommagée. » Astruc, Swediaur, et de nos jours MM. Ricord et Cullerier (3), ont émis la même opinion. En résumé, nous croyons la contagion médiate plus fréquente qu'on ne le suppose; dans presque tous les cas, le virus com-

(1) *Act. cur. nat.*, vol. VII, obs. 75; vol. IX, obs. 94.—L. Bourgeois, liv. II, c. 47. — Gardane, Gazette, 1775, p. 30.

(2) L'Art de guérir les maladies vénér., chap. 6.

(3) M. Cullerier, dans les Mémoires de la Société de chirurgie, 1849, rapporte plusieurs expériences dans lesquelles il a laissé séjourner dans le vagin, sans qu'il soit lésé, du pus qu'il a ensuite inoculé avec succès.

muniqué par un intermédiaire quelconque provient d'accidents secondaires, et la lésion initiale chez le contaminé est par conséquent un chancre infectant.

Il nous reste, pour terminer cette introduction, à parler de trois questions qui furent, il y a quelques années, à l'ordre du jour et qui furent discutées avec une véritable passion; ce sont : le *bubon d'emblée*, la *syphilisation* et enfin la *transmission de la vérole aux animaux.* Le silence s'est fait aujourd'hui sur ces trois points, aucune solution n'est intervenue, et les questions elles-mêmes n'ont pas survécu aux discussions qui ont occupé si longtemps la presse médicale et la tribune de l'Académie.

Peut-être a-t-on compliqué sans motif des questions qui, débarrassées des accessoires et des théories qui les encombrent, seraient facilement résolues. Peut-être encore doit-on attribuer ces longues controverses à la confusion forcée qu'on faisait alors entre le virus syphilitique, le virus vénérien et le virus blennorrhagique?

Astruc admettait déjà le bubon d'emblée; Swediaur écrivait que « les bubons proviennent aussi quelque-« fois d'une absorption immédiate, sans être précédés « d'aucune excoriation ni d'aucun ulcère aux parties « génitales ou ailleurs. » M. Reynaud (1) dit qu'il a soigné des personnes qui, après des relations suspectes, n'avaient eu aucun accident à la verge, mais avaient été affectées de bubons et consécutivement des symptômes constitutionnels.

(1) Traité des maladies vénér. Toulon, 1845.

M. de Castelnau, dans deux très-remarquables mémoires (1), conclut que le virus syphilitique peut s'introduire dans l'économie sans ulcération préalable des parties qui ont été en contact avec lui.

Vidal, de Cassis (*loc. cit.*), dit qu'il a observé plusieurs bubons d'emblée; MM. Gibert (2) et Beaumès (3) l'affirment également. M. Diday (4), qui cherche à réfuter la doctrine du *bubon d'emblée*, et qui trouve parfois le côté faible des observations mises en avant pour la soutenir, finit cependant par déclarer qu'il y croit (5), tout en faisant certaines réserves qui prouvent son incrédulité. Pour M. Ricord, moins facile encore à convertir que son élève de Lyon, quoiqu'il ait écrit quelque part : « L'homme absurde est celui qui ne change jamais, » il s'escrime dans ses *Lettres sur la syphilis* et dans ses *Leçons sur le chancre*, et ne cède pas un pouce de terrain à ses adversaires.

Il s'agit en somme, avant de résoudre la question, de bien savoir ce qu'on veut entendre par ces mots *bubon d'emblée*. A coup sûr, dans l'esprit de la plupart des auteurs que nous citions, il ne peut s'agir que de l'*adénopathie polyganglionnaire* symptomatique de l'infection constitutionnelle, et non pas du *bubon vénérien* sympto-

(1) Archives générales de médecine, décembre 1842. — Annales des maladies de la peau et de la syphilis, 1845, t. II, p. 38.

(2) Traité des maladies vénér., p. 203.

(3) Traité des maladies vénér., 1840.

(4) Exposition critique et pratique des nouv. doctr. Paris, 1858.

(5) Selon M. Diday, le bubon d'emblée ne serait jamis lié à la syphilis constitutionnelle; ce serait un ***bubon vénérien*** subaigu.

matique du *chancre simple*. Malheureusement, au temps où fut discutée la question, le virus vénérien et le virus syphilitique étaient confondus. Qu'on juge des erreurs causées par cette confusion !

En déterminant d'une manière précise que le *bubon* dit *d'emblée* est un bubon syphilitique, il est certain qu'on peut hardiment conclure à la possibilité de son existence. Nous avons dit déjà que, sans adopter toutefois les hypothèses de M. Cusco, on doit admettre que dans certains cas le chancre infectant peut manquer, de même que l'accident primitif de toute maladie virulente. Il est évident que l'adénite symptomatique de l'infection qui surviendra nécessairement pourra, à la rigueur, se nommer *bubon d'emblée*, puisqu'elle n'aura été précédée d'aucun autre symptôme. Mais, outre que cette exception à la règle générale soit fort rare, elle est aussi d'une bien minime importance, et l'on a peine à s'expliquer les passions qu'elle a soulevées. Au bubon d'emblée se rattache la question de savoir si l'absorption d'un virus peut se faire par la peau ou par la muqueuse saine. Nous avons dit plus haut que cette absorption nous paraît improbable ; l'exemple de la facilité de l'absorption par certaines muqueuses, la muqueuse pulmonaire entre autres, nous empêchera cependant de dire qu'elle est impossible.

Pour la syphilisation (1), elle nous paraît jugée en

(1) A propos de syphilisation, nous ne parlerons pas des tentatives de M. Diday, qui inoculait du sang de syphitique tertiaire, espérant que l'inoculé arriverait ainsi dès le début aux derniers accidents de la syphilis. M. Diday ne réfléchissait pas non plus qu'une maladie virulente

dernier ressort ; basée sur une idée absolument fausse, elle ne pouvait donner aucun résultat. M. Auzias-Turenne, le père de cette malheureuse idée, prétendait que « des inoculations répétées et successives du virus « syphilitique produisent sur les animaux la saturation « syphilitique, et ensuite l'immunité contre une seconde « infection de ce même virus. » M. Spérino (1), auteur d'un volumineux traité sur la matière, après avoir expérimenté sur les filles publiques du *syphilicôme* de *Turin*, disait avoir constaté que « les inoculations répé« tées et successives du virus syphilitique, portées jus« qu'à saturation, procurent non-seulement l'immunité « contre l'infection de ce même virus, mais qu'elles ser« vent encore pour guérir les différents phénomènes « syphilitiques tant primitifs que secondaires. » M. Marchal (de Calvi) adoptait ces conclusions, et le Dr Zelachi publiait une observation peu conclante, mais très-détaillée (2), dont les partisans de la syphilisation s'emparaient avec ardeur.

Or qu'était-ce que la syphilisation ?

Nous avons prouvé, ou du moins essayé de prouver, qu'il n'y a pas le moindre rapport entre le virus syphilitique et le virus vénérien, entre le chancre infectant et le chancre simple ; en un mot, nous avons adopté la

ne se dédouble pas. Ses tentatives échouèrent, du reste, complétement ; elles n'ont rien de commun avec la syphilisation, et M. Ricord a pu, avec raison, appeler le rêve d'un honnête homme cette recherche d'une vaccination syphilitique.

(1) La Syphilisation (trad. par Trésal). Paris, 1853.

(2) Annales de la syphilis, t. IV, p. 69.

théorie dualiste de M. Bassereau, qui nous paraît répondre à toutes les exigences et nous semble inattaquable. Une preuve à l'appui de cette théorie (et ce n'est certes pas la moins solide), c'est que le chancre simple s'inocule autant de fois qu'on tente de le faire au sujet qui le porte ; le chancre infectant, *au contraire,* ne s'inocule pas à l'individu qui en est atteint. M. Clerc (1), avons-nous dit, a le premier démontré ce fait capital. La raison en est bien simple : le chancre simple est un accident local, purement local, ne modifiant que les tissus qu'il a envahis et sans action sur l'économie ; il n'y aurait donc aucune raison pour qu'il ne s'inoculât pas indéfiniment. Le chancre infectant est au contraire une première manifestation de l'état constitutionnel ; il n'est qu'un symptôme, il ne peut être produit que par la diathèse. A l'époque où M. Auzias-Turenne fit ses premiers essais de syphilisation, on confondait les deux chancres ; il arrivait donc forcément ou

1° Que l'individu soumis aux expériences était syphilitique, auquel cas les inoculations de chancres infectants n'avaient pas de résultat ; les inoculations de chancres simples pouvaient en revanche être indéfiniment multipliés ;

2° Ou bien encore l'individu était indemne de syphilis. Dans ce cas, la première inoculation pratiquée avec du virus provenant d'un chancre infectant lui donnait la vérole, et il rentrait dans les conditions du

(1) Union médicale, 25 octobre 1855.

précédent, c'est-à-dire que si les inoculations syphilitiques n'avaient plus de résultat, il n'en était pas de même pour les chancres simples qui étaient inoculables à l'infini.

Les syphilisateurs, entraînés par une espèce de *furia*, multipliaient, de la façon la plus irréfléchie, le chiffre de leurs inoculations successives. Un docteur allemand, M. L....., s'inocula d'abord *deux mille deux cents* chancres simples; après cela, il cessa de compter; il continua néanmoins ses inoculations. Son corps était couturé de cicatrices; mais il faut ajouter que la syphilis dont il était atteint, et pour la guérison de laquelle il avait entrepris ce traitement *héroïque*, n'en suivit pas moins son cours.

Aujourd'hui cette syphilisation dont on fit naguère tant de bruit, qui préoccupa vivement l'opinion publique et fixa l'attention du gouvernement, cette syphilisation est bien morte; elle ne pouvait tenir longtemps devant la théorie dualiste, qui est sa plus complète réfutation; elle ne pouvait pas tenir non plus devant les faits malheureux qu'elle avait accumulés. En 1857, le Dr Guérault (1) publia quelques faits observés par lui en Norwége, et M. Nélaton tenta sans succès à la Clinique une nouvelle expérience. A la même époque, M. Melchior Robert (2) faisait de nouvelles inoculations, en confondant du reste les deux virus syphili-

(1) Observations médicales recueillies pendant le voyage scientifique de S. A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord. Paris, 1857.

(2) Bulletins de la Société de médecine de Marseille, n° 4, 1859.

tique et vénérien; il conclut cependant à la négation de la méthode de M. Auzias-Turenne en tant que moyen préventif, mais il la vante comme méthode curative, et il arrive à considérer comme des dérivatifs les chancres simples inoculés (1). Ne serait-il pas plus simple et plus facile de recourir à des dérivatifs moins dangereux, si tant est que les dérivatifs aient une action réellement bienfaisante dans le traitement de la vérole? Tous ces efforts ont été impuissants à résusciter et à réhabiliter parmi nous la syphilisation. Dans le nord de l'Europe, quelques médecins distingués, et entre autres M. Boeck de Christiana (2), poursuivent encore la réalisation de cette utopie. Ils n'ont pas, depuis dix ans qu'ils y travaillent, obtenu, que nous sachions du moins, des résultats plus brillants et plus concluants que les ex-syphilisateurs français et italiens (3).

(1) Cette opinion n'est pas nouvelle. M. Cullerier a expérimenté le traitement de la syphilis par les vésicatoires. Cette médication a réussi dans un certain nombre de cas. Le chirurgien du Midi a employé les vésicatoires contre les accidents des diverses périodes. On trouvera relatés, dans la thèse d'un de ses élèves, les résultats obtenus. (E. Parisot, Études sur un nouveau traitement de la syphilis expérimenté à l'hôpital du Midi en 1857; thèse de Paris, 1858.)

(2) M. Boeck a inoculé des chancres simples jusqu'à guérison de la syphilis, et cette guérison s'est fait attendre de trois à six mois. Cette guérison eût-elle été obtenue moins vite, si on eût eu recours seulement au traitement mercuriel ordinaire (voir Gazette des hôpitaux, n° 142, 1862).

(3) A propos de syphilisation curatrice, le professeur Sigmund, de Vienne, a obtenu d'aussi médiocres résultats. Sur 12 adultes et un nouveau-né, tous syphilitiques, chez lesquels il pratiqua tous les trois jours 3, 5, 6, 7 et même jusqu'à 9 piqûres pendant un mois, sans autre traite-

Le virus syphilitique est-il transmissible aux animaux? Cette question, comme celle du *bubon d'emblée* et pour la même cause, nous semble mal posée.

M. Auzias-Turenne inocula du pus de chancres à des singes; quelques-unes de ses inoculations réussirent, d'autres échouèrent. La raison de cette variété dans les résultats, c'est tout simplement que M. Auzias inoculait indifféremment le virus syphilitique et le virus vénérien. A cette époque (1850), la distinction entre le chancre infectant et le chancre simple n'était pas faite.

En dépit des assertions de M. Ricord et des résultats constamment négatifs obtenus par M. Cullerier (1), il paraît certain aujourd'hui que si la *syphilis* n'est pas transmissible aux animaux, ils peuvent, en revanche, contracter le chancre simple (2).

M. Langlebert, M. Auzias-Turenne, M. Robert de Weltz (3), M. Diday (4), ont pratiqué des inoculations suivies de succès sur des singes et des lapins. M. Robert de Weltz compléta la démonstration en s'inoculant au bras du pus provenant du chancre simple d'un singe, et M. Ricord lui-même fut obligé de reconnaître un ulcère vénérien dans la plaie qui résulta de l'inoculation.

ment, il n'est parvenu à en guérir aucun; d'où la conclusion que cette pratique est parfaitement inutile (Gazette médicale de Lyon, 1er octobre 1862).

(1) Union médicale, juillet 1850.

(2) Swediaur avait vu des ulcères ressemblant fort à des chancres sur le pénis de chevaux et de chiens (loc. cit., Intr., p. 33).

(3) Gazette médicale, 1850.

(4) Gazette médicale, décembre 1851.

M. Rollet a répété ces expériences; il a pu inoculer avec un résultat positif des chancres simples aux animaux. Il a fait graver dans l'atlas qui accompagne son traité un dessin représentant des chancres simples développés sur les oreilles d'un chat. M. Basset (*loc. cit.*) a obtenu les mêmes résultats avec le virus vénérien; il a, en revanche, comme son maître M. Rollet, constamment échoué en inoculant le virus syphilitique.

Nous concluons donc :

1° Que *le virus syphilitique n'est pas transmissible aux animaux* (les inoculations dans lesquelles on s'est servi de pus recueilli sur des chancres infectants ou des accidents secondaires ont toujours donné des résultats négatifs);

2° Que le chancre simple peut être inoculé aux animaux (le résultat de l'inoculation est un ulcère dont le pus réinoculé à l'homme reproduit un chancre simple).

III

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons cité, dans les deux parties de l'Introduction de ce livre, le plus grand nombre des auteurs qui ont écrit sur l'historique et sur la pathologie générale de la syphilis. Nous avons donné sur leurs œuvres des indications suffisantes pour qu'on puisse y recourir au besoin; notre intention n'est donc pas de consacrer un chapitre spécial à la bibliographie, mais seulement de donner des détails et des renseignements sur quelques-uns des ouvrages les plus importants (1).

1° En première ligne, nous devons placer le recueil des travaux composés sur la syphilis par les médecins qui l'observèrent à ses débuts. Ce recueil, publié par Aloysius Luisinus, se compose de deux tomes in-folio; il fut édité à Venise en 1566-67. Il est connu généralement sous le nom d'*Aphrodisiacus;* son titre véritable est le suivant : « De Morbo gallico « omnia quæ extant apud omnes medicos cujuscunque nationis, « qui vel integris libris, vel quoquo alio modo hujus affectus « curationem methodice aut empirice tradiderunt, diligenter « hinc inde conquisita, sparsim inventa, erroribus expurgata « et in unum tandem hoc corpus redacta. In quo de ligno in-

(1) M. le Dr Daremberg, un de nos médecins les plus érudits, a publié en 1845, dans les Annales des maladies de la peau et de la syphilis de M. Cazenave, une bibliographie extrêmement complète, à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts. Nous ne saurions trop regretter que ce savant n'ait pas donné une suite à ce remarquable travail, que sa connaissance approfondie des langues mortes et de la littérature médicale étrangère lui eussent rendu plus facile qu'à tout autre.

« dico, Salsa Perillia, Radice Chyne, Argento vivo, cæteris-
« que rebus omnibus ad hujus luis proflagnationem inventis,
« diffusissima tractatio habetur. Cum indice locupletissimo
« rerum omnium scitu dignarum, quæ in hoc volumine conti
« nentur. Opus hâc nostrâ ætate, quo morbi gallici vis passim
« vagatur, apperime necessarium. »

Les deux tomes de l'*Aphrodisiacus* d'Aloysius Luisinus contiennent les œuvres des auteurs suivants :

Seb. Aquilanus, Leonicenus, Massa, Montesaurus, Scanorolus, Jac. Cataneus, J. Benedictus, Fracastorius, Vella, Paschalis, Poll, Matthæolus, Ulrich de Hutten, Wendelinus, Coradinus Gilinus, Phrisius, Fernandez de Oviedo, Almenar, Lobera, Schmaus, P. Maynardus, A. Benivenius, Ferrus, J. de Vigo, Gallus, Gasp. Torella, J.-B. Montanus, A. Vesalius, Leonhard Fuchsius, J. Manardus, J. Fernelius, Benedictus Victorius, Amatus Lusitanus, Musa Brassavolus, Fontana, N. Macchellus, H. Cardanus, Gab. Fallopius, A. Fracantianus, J. Langius, P. Bayr, Montagnana, Brocardus, Rinius, Frizimelica, Trapolinus Tomitanus, J. Sylvius, J. Paschalius, Borgarutius, B. Maggius, Alex. Trajan, Petronius.

2° Un appendice au tome Ier, édité aussi à Venise en 1567, contient des extraits des auteurs suivants :

A. Chalmetæus, L. Botallus, L. Augerius, Lan de Lucano, Ferrerius, Haschardus, G. Rondeletius, Dionys, Fontanonus, J. Struthius.

Cette immense compilation contient les œuvres ou du moins les extraits de 63 auteurs; elle renferme tout ce qui a été écrit d'important sur la vérole de 1494 à 1560. Astruc a blâmé avec raison la disposition peu régulière des écrits qui composent cette collection, et l'omission des préfaces, des dédicaces et même de plusieurs passages de certains auteurs. On ne doit pas être trop sévère cependant, en songeant au service considérable qu'a rendu Aloysus Luisinus à la science en rassemblant, dans ce vaste *compendium*, tant d'œuvres diverses dont la plupart seraient aujourd'hui introuvables et dont la réunion peut seule jeter quelque jour sur les débuts de la syphilis.

3° Une seconde édition de l'*Aphrodisiacus* fut publiée à Venise, en 1599, sous un titre un peu différent du premier.

4° Une réimpression en fut faite en Hollande en 1727; elle est accompagnée d'une préface de Boerhaave.

Les éditions de l'*Aphrodisiacus* de Venise, la première surtout, sont devenues extrêmement rares; aussi ne peut-on guère se procurer de nos jours que la réimpression hollandaise. C'est cette dernière qu'on trouve dans presque toutes nos bibliothèques publiques.

Des extraits de la collection de Luisinus ont été faits :

5° En anglais, par Turner, en 1736,

6° Et par Armstrong, en 1737.

Ces extraits sont fort incomplets et assez mal composés.

7° Sous le même titre d'*Aphrodisiacus,* un médecin savant et érudit, Chrétien-Godefroid Gruner, professeur à la Faculté d'Iéna, a donné un supplément au recueil de Luisinus. Ce supplément, édité en 1789, contient les passages des auteurs grecs, latins et arabes, qui peuvent se rapporter aux maladies vénériennes, et les extraits des divers syphiliographes cités incomplétement, faussement ou bien encore omis par Luisianus.

On y trouve des passages des extraits de :

J. Nauclerus, Steph. Infessura, Delphinius, J. Burchardus, Ph. Beroaldus, Alex. Benedictus, Schellig, Wimphelingius (*Chronicon monasterie mellicensis*), J. Salicetus, Marcellus Cumanus (*Chronica von Coeln*), Trithomius (*Universitas manuasca*), Grundbeck (*Decretum senatus parisiensis; Proclamatio angelica*), Sciphover de Meppis, Steber, Pistor, Benivenius, P. Pinctor, Fulgosus, Christ. Colombus, P. Martyr, Franciscus-Romanus Pæne, Elias Capreolus, Sabellicus, Alberic Vesputius, Wendelinus, Linturius, Clementinus, Vochs, Angel. Bologninus, Guiccardinus, Berlerus, Leo Africanus, Bembus, Paul Jovius, J. de Vigo, Champegius, Lopez de Gomara, Ulrich ab Hutten, Erasmus, Le Maire, Ferdinand de Oviedo, J. de Bourdigné, Vivès, Paracelsus, Magnus Hundt, L. Fuchs, S. Frank, Seb. Montuus, J.-B. Theodosius, H. Benzonus, P. de

Léon, J. Fernelius, Blondus, A. de Zaratte, J. Stumpf, Rodericus-Diacius Insulanus, H. Montuus.

8° En 1793, Gruner publia un second supplément beaucoup moins volumineux que le précédent; il est intitulé : « De « Morbo gallico scriptores medici et historici, partim inediti, « partim rari et notationibus aucti, accedunt morbi gallici « origines maranicæ. »

Ce dernier recueil de Gruner contient aussi un certain nombre de citations empruntées à divers auteurs, mais elles sont généralement peu importantes. Il est surtout destiné à soutenir une opinion émise par le professeur d'Iéna sur l'origine de la vérole; il prétend que la première épidémie eut lieu en Italie à la suite de l'arrivée des Juifs (Maranes) chassés d'Espagne, et qui s'étaient d'abord réfugiés en Afrique. Cette hypothèse avait été déjà émise, avons-nous dit, par Nauclerus; elle est en contradiction avec les faits historiques.

Ce qui fait le mérite principal de la collection de Gruner, c'est qu'il a réuni non-seulement les œuvres médicales ayant trait à la syphilis, mais aussi des extraits des historiens et des chroniqueurs du temps.

9° Nous pouvons citer encore le recueil de Fuchs, consacré uniquement aux syphiliographes allemands et surtout à ceux qui ont décrit les premiers ravages de la vérole en Allemagne. Cet ouvrage a été imprimé à Gœttingue en 1843. In-8°.

10° Historia bibliografica de la medicina espagnola, obra postuma del Dr Antonio-Hernandez Morezon. 7 volumes; Madrid, 1842.

Historia de la medicina espagnola, por Dr Anastasio Chinchilla. 4 vol. in-4°; Valence, 1841.

Ces deux recueils renferment les plus précieux documents sur les premiers syphiliographes espagnols.

Nous allons énumérer maintenant les œuvres les plus importantes qui ont été composées sur l'histoire de la syphilis; nous les rangerons sous trois chefs principaux :

1° Auteurs partisans de l'origine ancienne;

2° Auteurs partisans de l'origine moderne, mais non américaine;

3° Auteurs partisans de l'origine américaine.

1° *Partisans de l'origine ancienne* :

11° Becket William. An attempt to prove the antiquity of the venereal disease, long before the discovery of the West Indies; a lettre to Dr James Douglass; Transact. phil., 1718, vol. XXX, n° 357, p. 839.

On trouve deux autres lettres de Becket, sur le même sujet, dans la collection des Transactions, 1720, vol. XXXI, n° 365, p. 47, et n° 366, p. 108.

12° Anonyme, L'America vindicada de la calomnia de haber sido madre del mal venereo. In-4°; Madrid, 1785.

13° Penerotti di Cigliano, Storia generale dell'origine dell'essenza e specifica qualita della infezione venerea. In-8°; Turin, 1788.

14° Sickler, Diss. exhibens novum ad historiam luis venereæ additamentum. In-8°; Iena, 1797.

15° Hensler (Ph.-G.), Programma de herpete seu formica veterum labis venereæ non prorsus expertæ. In-8°; Priliæ, 1801.

Hensler avait déjà publié deux livres sur la même matière. Dans ce dernier, il expose plus nettement ses opinions. Selon lui, la syphilis existait de toute antiquité sporadiquement; elle revêtit au xve siècle la forme épidémique. On peut regarder Hensler comme un prédécesseur de M. Bassereau, car il ne regardait la syphilis dans l'antiquité que comme une maladie locale devenue constitutionnelle lors de l'épidémie de 1494.

16° Rousseau, New Observations on syphilis, tending to settle the disputes about its importation, by proving that et is a disease of the human race, that has and will always exist among the severgl nations of the globe (dans le Philadelph. med. museum, 1808, vol. IV, p. 1-11).

17° Robertson, A historical inquiry into the origin of the venereal disease (dans The London medical repository, 1814, vol. II, p. 112 à 119, et 185 à 192).

18° Jourdan, Considérations historiques et critiques sur la syphilis (dans le Journal universel des sciences médicales, t. I, II et III).

19° Beetson, On the antiquity of syphilis (dans le journal London med. a phys., septembre 1818).

20° De Jurgenew, Luis venereæ apud veteres vestigiæ; dissert. inaugur., 1826.

21° Devergie, Recherches historiques sur l'origine, la nature et le traitement de la syphilis (Paris, 1834), y compris le rapport de Cullerier à l'Académie.

22° Schrank, De Luis venereæ antiquitate et origine, dissert. inaug.; Ratisbonne, 1834.

23° Renacki, Sur quelques points de la syphiliographie; Strasbourg, 1835.

24° Naumann, Zur Pathogenie und Geschichte des tripperes; Jahrg., 1837 (dans le journal de Schmidt, vol XIII).

25° Desruelles, Introduction du traité pratique des maladies vénériennes; Paris, 1836.

26° Cazenave, Introduction du traité des syphilides; Paris, 1843.

27° Histoire de la syphilis dans l'antiquité, par le Dr Julius Rosenbaum, traduit par Jos. Santlus; Bruxelles, 1847.

28° Pio Rengifo, Étude sur les premiers syphiliographes espagnols; Paris, 1863.

2° Partisans de l'origine moderne repoussant la probabilité de l'importation américaine.

29° Sanchez (Antonio-Nunez-Ribeyro) :

1° Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne pour prouver que le mal n'est pas venu d'Amérique, mais qu'il a commencé en Europe par une épidémie; Paris, 1795, Didot.

2° Examen historique sur l'apparition de la maladie vénérienne en Europe et sur la nature de cette épidémie; Paris, 1774, v^e Barois et fils.

Sanchez combat de toutes ses forces l'origine américaine de la syphilis; il combat aussi l'opinion de ceux qui prétendent qu'elle existe de toute antiquité. Selon lui, la maladie existait en Italie et en France avant que Colomb revînt de son second voyage.

30° Gruner (*loc. cit.*) défend l'origine de la syphilis par les Maranes.

31° Sprengel, Ueber den muthmasslichen ursprung der lustseuche aus dem suedwestlichen Africa (dans les Documents pour l'hist. de la méd.); Halle, 1796.

Sprengel croit la syphilis originaire du sud-ouest de l'Afrique et la considère comme une forme dégénérée du pian.

32° Schaufus, Neueste Entdeckungen über das Vaterland und die Verbreitung der Pocken und der lustseuche; Leipzig, 1805.

Schaufus cherche à démontrer que la syphilis vient des Indes orientales et qu'elle a été importée en Europe par les Bohémiens.

33° Klein, de Morbi venerei in Indiâ orientali curatione; Hafniæ, 1795. Même opinion que Schaufus.

3° *Partisans de l'origine américaine.*

34° Turnbull, An inquiry into the origin antiquity of the lues venerea with observations on its introduction and progress in the Islands of the south sea. In-8°; London, 1786.

35° Arnemann (Just.), de Morbo venereo analecta quædam ex manuscriptis musæi Britannici Londinensis; Gœttingue, 1789.

36° La Cacomonade, histoire politique et morale traduite de l'allemand du D[r] Pangloss; Cologne, 1766. Attribué à Linguet.

Sous une forme plaisante et en s'inspirant du conte de Voltaire (Candide), l'auteur donne une foule de preuves très-scientifiques de l'origine américaine.

37° Toernberg, C. s. spec. inaug. med. sistens sententiarum de vera morbi gallici origine synopsin historicam ; Iéna, 1807.

38° Spitta, Beitrãge zur Geschichte der Verbretung der lustseuche in Europa (dans le journal de Hecker, 1826).

39° Gibert, Sur l'Origine de la maladie vénérienne (dans la Revue médicale, 1835).

40° Gauthier, Recherches nouvelles sur l'histoire de la syphilis ; Lyon, 1842.

41° Chabalier, Preuves historiques de la pl. des aff. vén., th. inaug. ; Paris, 1860.

Les partisans les plus convaincus de l'origine américaine sont sans nul doute :

42° Astruc (Traité des maladies vénériennes, trad. de Louis ; Paris, 1777).

43° Girtanner (Traité des malad. vénér. ; Gœttingue, 1003).

44° Freind (Histoire de la méd., trad. de Sénac ; Paris, 1728).

On trouve résumés, dans la partie touchant l'historique de la syphilis de ces trois traités, tous les arguments invoqués en faveur de l'opinion que nous avons défendue.

Parmi les syphiliographes contemporains, nous trouvons au nombre des partisans de l'origine ancienne la plupart des médecins de l'hôpital Saint-Louis, M. Lagneau, M. Bertherand, M. Melchior Robert, M. Follin. Quant à M. Ricord, il ne s'est pas prononcé nettement.

Les partisans les plus autorisés de l'origine moderne sont : M. Bassereau, M. Clerc, M. Diday, M. Rollet, et M. Gibert.

IV

Nous divisons ce traité en trois parties; chacune d'elles est consacrée à une espèce spéciale de maladies.

Dans la première partie, nous décrivons les diverses manifestations de la syphilis, en commençant par l'accident primitif, le chancre infectant, puis en étudiant successivement les différents autres symptômes selon l'ordre des tissus et des régions dans lesquels ils se produisent. Nous avons cru ne pas devoir adopter la division classique de la vérole en trois catégories d'accidents; cette division, certainement fort utile au double point de vue de l'étude et de la thérapeutique, a l'inconvénient d'être trop absolue, et il est certains accidents qu'on ne peut faire rentrer dans aucune de ces trois classes, purement factices.

La deuxième partie de ce livre sera consacrée au *chancre simple* (chancre mou, chancroïde, chancrelle), qui, selon nous, n'a aucun lien avec la syphilis; nous décrirons en même temps ses complications diverses, telles que le phagédénisme et le bubon.

Dans la troisième partie, nous étudierons la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme, et à la des-

cription des différentes affections qui peuvent la compliquer nous rattacherons celle des végétations.

Nous terminerons enfin par un chapitre sur la prophylaxie des maladies vénériennes.

DU

CHANCRE INFECTANT

Le chancre infectant (*chancre huntérien, chancre induré, dur, pseudo-induré, érosion chancreuse, chancre primitif*) est la première manifestation locale de la diathèse syphilitique.

Les premiers auteurs qui écrivirent sur la vérole, et entre autres Alexander Benedictus et Marcellus Cumanus, ne confondaient pas le chancre infectant et les ulcères vénériens contagieux des organes génitaux; la confusion entre ces deux sortes d'ulcération, si dissemblables, fut faite, comme nous l'avons écrit dans l'introduction, par Georges Vella et Nicolas Massa. Quelques syphiliographes furent cependant frappés des différences qui existaient entre elles au point de l'aspect et du pronostic, et ils les signalèrent sans y attacher une bien grande importance. Jean de Vigo parle de l'induration qui accompagne ordinairement le chancre suivi de vérole. En 1569, Thierry de Héry écrivait (p. 149) : « Ces ulcères sont le plus souvent avec dureté

assez profonde, et d'autant qu'il y aura plus de cette dureté, ils seront plus malins, tardifs et difficiles à curer, et en sera le prognostique plus douteux. » Ambroise Paré, vers la même époque, écrivait ce passage significatif : « S'il y a ulcère à la verge et s'il demeure *dureté* au lieu, telle chose infailliblement montre le malade avoir la vairole. » Hunter signale aussi l'induration, sans en comprendre la portée pathognomonique. M. Ricord fut le premier qui en saisit nettement la valeur, seulement il enseigna que tout chancre peut s'indurer s'il est placé dans certaines conditions de réceptivité; c'est à M. Bassereau, comme nous l'avons dit, que revient l'honneur d'avoir séparé le chancre infectant du chancre simple, et d'avoir précisé le premier les caractères qui différencient ces deux entités morbides.

Étiologie. — Nous avons dit déjà, dans l'introduction de cet ouvrage, que la syphilis constitutionnelle débutait toujours par un chancre, mais que ce chancre, *accident primitif de la vérole*, pouvait provenir de sources diverses. Cette opinion est aujourd'hui généralement admise, grâce surtout aux travaux si consciencieux et si remarquables de M. Rollet; nous n'insisterons pas sur ce point, que nous avons déjà développé dans le chapitre précédent; nous dirons cependant que toutes les lésions syphilitiques secondaires nous paraissent aptes à transmettre la syphilis à un individu sain, si toutefois elles sont de forme suppurante, et si par conséquent elles fournissent du pus qui sert

de véhicule au virus. Pour le sang, il est contagieux, mais on n'a pas pu déterminer encore dans quelles conditions. Nous devons ajouter, quoique nous nous soyons déjà très-nettement exprimés à cet égard, que nous ne croyons pas que le chancre infectant puisse en aucun cas résulter de la contagion de la blennorrhagie ou du chancre simple; nous ne devons pas revenir sur toutes ces questions, que nous avons déjà traitées.

Symptomatologie. — Le chancre infectant n'apparaît qu'après une incubation dont la durée peut être fixée à environ vingt-cinq jours; il ne débute pas par une vésicule, comme on l'a dit; la lésion initiale consiste en une écorchure, en une excoriation particulière de la peau ou des muqueuses, c'est une érosion dont le diamètre n'est pas plus grand tout d'abord que celui d'une tête d'épingle de moyenne grandeur. Elle est arrondie et recouverte, excepté sur ses bords, par une production pseudo-membraneuse grisâtre dont la présence est constante. Cette érosion suppure peu, elle augmente progressivement en surface, et le chancre passe successivement par les périodes dites d'état et de réparation (1).

Une saillie papuleuse se montre, dans certains cas, comme premier accident; mais, au bout d'un temps

(1) M. Robin a trouvé cette fausse membrane « formée entièrement de « tissu cellulaire mortifié tel qu'on le trouve dans le cas d'une mortification lente et récente; elle contenait aussi une certaine quantité de globules de pus. »

variable, suivant les cas, elle s'excorie à la surface, et l'exulcération qui est la conséquence de cette excoriation suit la même marche que l'ulcération, qui se montre dans les cas les plus ordinaires.

La fausse membrane reste généralement au niveau des tissus voisins, et elle ne forme ni saillie, ni enfoncement. Les bords de l'ulcération, d'un rouge vif, ne sont point, disons-nous, recouverts par la fausse membrane, ils sont comme vernis, très-luisants; ils semblent quelquefois fuir vers le fond, et donnent à l'ulcère chancreux cet aspect *cupuliforme* sur lequel a insisté M. Ricord, mais ils ne ressemblent pas aux bords déchiquetés et décollés du chancre simple. Il est des cas cependant où l'inflammation des tissus environnants devenant très-vive, les bords s'élèvent, paraissent excavés et taillés à pic; alors le chancre infectant a presque l'apparence du chancre simple, et nous avons vu les praticiens les plus habiles et les plus exercés hésiter dans leur diagnostic en présence de pareils faits : on devra toujours, en pareil cas, si on veut éviter une erreur facile à commettre, attendre, avant de se prononcer, que l'induration de la base apparaisse, ou du moins que les ganglions soient indurés.

L'induration de la base du chancre infectant se manifeste d'ordinaire dans le premier septénaire qui suit l'apparition de l'ulcère. Quelquefois elle se fait plus longtemps attendre, et elle n'apparaît que quinze jours ou même trois semaines après le chancre. Elle est presque toujours difficile à constater au début; elle se développe lentement et d'une manière progressive

jusqu'au moment qui correspond à la période de cicatrisation du chancre, puis elle diminue graduellement après avoir persisté pendant un temps dont la durée est très-variable; on peut quelquefois constater son existence cinq ou même six mois (1) après la disparition de l'érosion chancreuse. Lorsqu'elle est arrivée à son maximum de développement, « l'induration, dit Babington (2), environne l'ulcère de toutes parts; elle est « à la fois au-dessous et autour de lui; elle lui forme en « quelque sorte un lit, en même temps qu'elle encadre « son bord de manière à lui servir partout de moyen « d'union avec les parties saines environnantes. »

L'induration qui appartient à une ulcération très-large est souvent mal caractérisée; « elle ne donne « quelquefois au toucher, dit M. Ricord (3), que la sensation d'une doublure de parchemin; je désigne cette « forme sous le nom d'*induration parcheminée.* »

Dans certains cas, l'induration n'affecte que les bords de l'érosion chancreuse; elle est dite alors *annulaire.* Quelquefois aussi elle acquiert un développement considérable (4), pénètre dans les tissus, forme un noyau dur, cartilagineux, qui soulève l'érosion au-dessus des

(1) M. Ricord (Leçons sur le chancre, p. 106) dit avoir retrouvé une induration trente ans après la disparition du chancre.

(2) Hunter, Traité de la maladie vénér., 3e édition de Ricord et Richelot pour 1859, p. 381, note de Babington.

(3) Lettres sur la syphilis, 2e édition, p. 232.

(4) L'un de nous a vu une induration du fourreau de la verge qui avait le volume d'une grosse noisette. M. Clerc croit que ces indurations si volumineuses présagent d'ordinaire des véroles de forme grave; nous avons pu vérifier plusieurs fois la vérité de cette assertion.

parties voisines et donne lieu à une variété nommée par les auteurs *ulcus elevatum*. Dans un très-petit nombre de cas, très-rares du reste, elle est en forme de *crête* (1).

L'induration, quelle que soit la forme qu'elle affecte, se produit plus facilement dans certaines régions ; elle paraît avoir certains siéges d'élection.

Ainsi, chez l'homme, les chancres de la muqueuse préputiale, de la couronne du gland, du sillon balano-préputial, s'indurent très-bien ordinairement ; les chancres cutanés au contraire, entre autres ceux du fourreau de la verge, s'indurent généralement mal.

Chez la femme, l'induration est presque toujours, quand elle existe, mal déterminée, obscure. L'un de nous, dans un séjour de trois années à Saint-Lazare, n'a pas vu un seul exemple de chancre infectant vulvaire qui fût accompagné de ces belles indurations cartilagineuses qu'on trouve si fréquemment chez l'homme.

L'induration, une fois établie, tend à disparaître, que le malade qui en est porteur soit soumis ou non à un traitement antisyphilitique. Elle se ramollit, avec cela de particulier que la consistance diminue à la fois dans toute son épaisseur ; elle présente alors ce qu'on a nommé la *transformation gélatiniforme*, puis elle dis-

(1) D'après MM. Diday et Langlebert, le *chancre induré type* serait le résultat de la contagion de l'accident primitif ; l'accident secondaire donnerait lieu à l'*érosion parcheminée*. Nous croyons que les faits confirment cette hypothèse.

paraît peu à peu, en ne laissant d'autre trace de son passage qu'une tache d'un *violet foncé* qui s'efface presque toujours complétement par la suite (1).

On observe quelquefois, au moment du ramollissement de l'induration, le curieux phénomène d'un abcès se formant dans son intérieur. Le noyau induré devient douloureux, s'entoure d'un ganglion inflammatoire, puis il s'abcède, et il s'en écoule, lorsqu'on en fait l'ouverture, une certaine quantité de pus.

Une autre complication plus fréquente que la précédente, c'est l'ulcération de l'induration, qui peut, dans quelques cas, donner le change, et faire croire au développement d'un nouveau chancre. C'est peut-être à des erreurs de ce genre qu'il faut attribuer l'opinion erronée émise par Babington (2), qui écrivait que l'accident primitif de la vérole est constitué par une induration précédant l'ulcération.

(1) M. Puche a dressé la statistique suivante d'indurations persistant longtemps :

Chancre	de la rainure glando-préputiale.	390	jours.
»	du frein.	452	»
»	de la rainure.	457	»
»	de la rainure.	540	»
»	de la rainure.	602	»
»	du gland.	650	»
»	de la rainure.	690	»
»	du prépuce.	700	»
»	du prépuce.	755	»
»	de la rainure.	768	»
»	de la rainure.	997	»
»	de la rainure.	1507	»
»	du prépuce.	2062	»

(2) Hunter, loc. cit., p. 380.

Nous avons dit que chez la femme l'induration est moins nettement accusée que chez l'homme. Il arrive aussi que chez ce dernier on rencontre quelquefois des chancres infectants peu ou même pas indurés. On les observe, relativement aux autres, dans une proportion de 1 pour 100; leur existence a été niée cependant, et cette négation a donné lieu à de regrettables erreurs cliniques, puisqu'elle a fait prendre un chancre infectant pour un chancre simple. Le diagnostic de cette variété d'accident primitif est difficile, mais on devra se rappeler que l'induration polyganglionnaire accompagne toujours le chancre infectant, et jamais le chancre simple. Au besoin même, on devra avoir recours à l'inoculation du pus au porteur, et le résultat positif ou négatif de l'inoculation indiquera la nature vénérienne ou syphilitique du chancre.

Nous devons dire quelques mots du chancre mixte, dont il a été fait grand bruit depuis deux ou trois ans, et dont la théorie a été formulée pour la première fois par un élève distingué de M. Rollet, le Dr Laroyenne (1), dans un mémoire inséré dans l'*Annuaire de la syphilis*, publié en 1859.

M. Laroyenne ayant déposé sur une ulcération infectante du pus provenant d'un chancre simple, avait enté par conséquent le chancre simple sur le chancre infectant; il nomma *chancre mixte* la réunion au même point de ces deux ulcérations de nature si différente.

(1) Annuaire de la syphilis et des maladies de peau, par MM. Diday et Rollet, p. 247. Lyon, 1859.

L'année suivante, M. Basset (1), qui avait répété les expériences de M. Laroyenne et obtenu les mêmes résultats, en rendit compte dans sa thèse inaugurale; depuis plusieurs mémoires ont été encore publiés sur ce sujet.

Au début le chancre mixte ne fut pour l'école de Lyon que ce qu'il devait être, c'est-à-dire un moyen d'interpréter certains faits obscurs de transmission et une preuve nouvelle de la dualité chancreuse.

En effet, cette coexistence simultanée des deux virus au même point de l'économie explique à merveille les cas dans lesquels des chancres prétendus infectants ont pu être réinoculés à l'individu qui en était atteint : or cette réinoculation a été possible 2 fois sur 100 d'après la statistique de MM. Puche et Fournier, et 6 fois sur 100 d'après celle de M. Rollet.

Le chancre dit *mixte* peut aussi donner une interprétation plausible de certaines observations de prétendus chancres simples transmettant des chancres mous suivis, chez le sujet qui en est porteur, d'accidents constitutionnels. Il est aussi un excellent argument en faveur de la dualité, puisque ce chancre mixte fournit un pus inoculable au malade qui en est atteint, ce qui est la preuve certaine que les deux virus coexistant au même lieu sont restés indépendants l'un de l'autre et conservent chacun leurs propriétés spéciales.

Malheureusement l'école de Lyon ne s'est point contentée d'un aussi maigre rôle pour le chancre qu'elle

(1) De la Simultanéité des maladies vénér. Paris, 1860.

avait créé ; elle a cru y voir une entité morbide spéciale se transmettant dans son espèce. M. Rollet (1) écrit à ce propos dans son traité : « Depuis que mes observations sur le chancre mixte se sont complétées, j'ai acquis la preuve que, par le fait de son développement accidentel, mais répété d'âge en âge, ce chancre avait fini par exister comme espèce distincte, c'est-à-dire comme chancre naissant d'un autre chancre semblable à lui. »

Nous regrettons de ne pas partager sur ce point l'avis de M. Rollet ; nous le regrettons d'autant plus vivement que nous avons en très-haute estime les œuvres remarquables et conciencieuses qu'il a produites, et qu'en toute autre circonstance nous nous inclinons devant son autorité scientifique, si justement acquise.

Pour réfuter l'idée émise par le chirurgien en chef de l'Antiquaille, nous n'avons qu'à étudier ce qui se passe dans deux cas différents.

1° Supposons le chancre mixte produit artificiellement, c'est-à-dire supposons que chez un sujet porteur d'un chancre infectant on ait déposé à la surface de l'ulcère du pus provenant d'un chancre simple. D'après la doctrine de la dualité, adoptée sans réserve par l'école de Lyon, le virus du chancre simple n'ayant aucun rapport avec le virus syphilitique, le chancre infectant ne sera en rien un obstacle au développement du chancre simple au point inoculé. Il y aura donc au même point coexistence d'un chancre infectant et d'un

(1) Loc. cit., p. 38.

chancre simple, ou, pour parler comme l'école de Lyon, il y aura un chancre mixte.

Si maintenant on prend du pus de ce chancre mixte et qu'on l'inocule au sujet qui en est porteur, qu'arrivera-t-il ? L'école de Lyon admet, comme nous l'admettons aussi, que le chancre infectant ne se reproduit pas dans ces conditions ; le pus inoculé donnera cependant un résultat positif ; mais l'ulcère qui en résultera ne pourra être qu'un chancre simple. Il va sans dire que si au lieu d'inoculer le pus provenant du chancre mixte au porteur, on l'inocule à un individu atteint de syphilis constitutionnelle, le résultat sera identique.

2° Supposons, dans un second cas, que le pus du chancre mixte, produit artificiellement, soit inoculé à un sujet vierge de tout antécédent syphilitique.

D'abord apparaîtra au point de l'insertion du pus contagieux une vésico-pustule, puis une ulcération qui ne sera autre chose qu'un chancre simple dont l'incubation (si elle existe) n'a qu'une durée extrêmement courte. Le chancre infectant au contraire ne se manifestera au même point qu'après une très-longue incubation, que M. Rollet a fixée à vingt-cinq jours en moyenne. Jusqu'au moment de l'apparition du chancre infectant, le chancre simple existera seul, et le pus inoculé à un sujet sain ne donnera lieu qu'à un chancre simple, et non à un chancre mixte. A l'époque où apparaîtra le chancre infectant, si le chancre simple n'a point encore terminé son évolution, il y aura pendant un temps assez court coexistence au même point

des deux virus, et c'est pendant ce laps de temps seulement que la transmission des deux virus sera possible. Après la disparition du chancre simple, il n'y aura plus au point d'inoculation qu'un chancre infectant qui ne pourra transmettre à un individu sain qu'un chancre infectant.

L'école de Lyon ne peut pas objecter de fin de non-recevoir à ces conclusions, sous peine de se dédire et de rejeter tout à la fois la doctrine de la dualité et celle de l'incubation du chancre infectant, celle de sa non-inoculabilité au sujet qui le porte ou à un sujet atteint de syphilis constitutionnelle. Or comment peut-elle, en acceptant ces conclusions, soutenir l'existence comme *espèce distincte* de ce prétendu *chancre mixte*, simple coexistence au même point de deux virus que chaque transmission vient dédoubler (1)?

(1) Dans un article inséré dans la Gazette médicale de Lyon, du 16 juin 1863, M Dron a cherché à renverser les arguments que l'on vient de lire, et qui sont empruntés à ma thèse inaugurale. Voici en quels termes s'exprimait M. Dron :

« M. Martin l'admet (le chancre mixte), mais seulement comme fait accidentel ; il lui dénie une existence comme espèce distincte, et ne croit pas par conséquent qu'il puisse naître d'un chancre semblable à lui. — Supposez, dit-il, que le germe de l'un et de l'autre chancre ait été déposé en même temps, au même lieu : le simple, plus hâtif, aura terminé son évolution, quand l'autre la commencera à peine.....

« A la vérité, répondrons-nous, quand on rencontre un chancre mixte, on peut toujours avancer, ou bien qu'il y a eu double contamination successive à deux foyers différents, ou bien que les deux principes contagieux se trouvaient réunis chez le sujet infectant. Car, quant à donner la preuve expérimentale de sa transmission dans son espèce en l'inoculant à un individu indemne, je ne pense pas qu'on veuille le faire de sitôt. Mais cette transmission est-elle aussi invraisemblable que le pense M. Mar-

Nous sommes loin de vouloir dire, comme M. Michaëlis, que *le chancre mixte est un jeu d'esprit réfuté par les recherches exactes*. A notre avis, la théorie de M. Rollet a donné l'explication expérimentale de certains faits naguère obscurs, sur lesquels la possibilité de la

tin? Supposons, comme lui, qu'on inocule la sécrétion d'un chancre mixte à un sujet vierge de syphilis : la pustule initiale de l'ulcère vénérien simple, qui n'a pas d'incubation, ne tardera pas à apparaître, et cet ulcère se développera pendant l'incubation du chancre syphilitique. Mais croit-on que cet ulcère sera toujours cicatrisé quand le chancre se manifestera? M. Martin admet pour ce dernier une incubation de vingt jours en moyenne; est-il donc rare de voir l'ulcère vénérien persister pendant ce laps de temps? Et notez que ce chiffre de vingt jours est une moyenne, c'est-à-dire, que le chancre apparaît souvent avant cette époque. Ne peut-on pas admettre aussi que l'évolution de l'ulcère vénérien est un appel à une apparition plus précoce du chancre, de même qu'une cause d'irritation détermine une manifestation secondaire plus hâtive! Tout cela est très-vraisemblable, et l'on peut le considérer comme vrai, surtout en réfléchissant à ces indurations tardives qui viennent quelquefois doubler une ulcération que, à son début, on n'avait pas jugée syphilitique. »

Dans une lettre que j'adressais à M. Diday quelques jours après la publication de l'article de M. Dron, je répondais en ces termes :

«Il est un point de l'argumentation de M. Dron sur lequel je ne passerai pas facilement condamnation, et c'est malheureusement le point capital, la défense du chancre mixte, ce Benjamin de l'école lyonnaise.

«Je crois, comme mon honorable contradicteur, qu'il peut y avoir, au même point de l'économie, coexistence des deux chancres simple et infectant; je crois aussi que la coexistence des deux virus, au même point, donne lieu à une lésion d'aspect particulier, dont la réinoculation possible au porteur a permis d'interpréter certains faits naguère obscurs. Ce que je révoque en doute, ce que je nie même absolument, c'est l'union prétendue intime de ces deux virus qui, selon M. Rollet et aussi selon M. Dron, ne formerait rien moins qu'une ***entité morbide*** nouvelle.

«En supposant le pus du chancre mixte inoculé à un sujet sain, qu'arrivera-t-il? Le chancre simple apparaîtra tout d'abord, sans contredit;

coexistence au même point des deux virus syphilitique et vénérien a jeté un jour complet; mais je refuse d'admettre pour le chancre mixte une existence propre, cette coexistence a lieu accidentellement ou artificiellement sur le même sujet, soit au même point, soit à des points fort éloignés l'un de l'autre, mais sans que les deux virus se confondent jamais.

au bout de deux ou trois septénaires, il se combinera avec le chancre infectant, dont l'incubation a au moins cette durée. Enfin, en dernier lieu, après la disparition du chancre simple, le chancre infectant existera seul au point contaminé.

«Il résulte de cela que le sujet atteint de cette prétendue espèce morbide pourra transmettre :

«1° Pendant les deux ou trois premiers septénaires, un *chancre simple* (si on y tient, je diminuerai la durée probable de l'incubation du chancre infectant dans ce cas spécial; mais, quelque courte que soit cette durée, si elle existe, et personne ne le nie, ma démonstration ne perdra rien de sa valeur).

«2° Après les deux ou trois premiers septénaires, il transmettra un *chancre mixte* (c'est-à-dire, à la fois les deux chancres);

«3° Après la cicatrisation du chancre simple, et en admettant (ce qui doit arriver dans la plupart des cas) que cette cicatrisation ait lieu du vingt-huitième au trentième jour, il ne transmettra plus qu'un *chancre simple.*

«Or, je vous le demande, un individu atteint d'une maladie contagieuse quelconque, virulente ou non virulente, pourra-t-il, quel que soit l'âge de sa maladie, communiquer jamais à un sujet sain autre chose que cette maladie elle-même? Pourra-t-il, dans certains cas, lui communiquer un des éléments de cette maladie, à l'exclusion des autres éléments qui la composent?

«Peut-on donner le nom d'*espèce distincte* (c'est l'expression qu'emploie M. Rollet) à l'union fortuite de deux éléments de nature essentiellement différente, qui se développent et se transmettent chacun séparément, dont l'un est une lésion toute locale, l'autre le symptôme d'une affection générale, et qui n'ont de commun que le siége qu'ils occupent par hasard!

«AIMÉ MARTIN.»

Mais revenons au chancre infectant proprement dit, dont cette digression nous a un peu éloignés.

En général le chancre infectant est solitaire. D'après une statistique que nous empruntons à M. Clerc, il l'est 4 fois sur 5. Dans 1 cinquième des cas seulement, le chancre primitif serait multiple (1). Au reste, ce fait n'a rien de surprenant, puisqu'on sait que le chancre infectant, à l'encontre du chancre simple, ne se multiplie pas par inoculation sur le malade qui en est atteint. Il faut par conséquent, pour qu'il y ait en même temps plusieurs chancres infectants, qu'ils aient été tous contractés au même moment, et qu'ils apparaissent, à peu près, tous à la même époque. Dans un cas de diagnostic embarrassant, si l'on voit, huit ou dix jours après l'apparition du premier chancre, en survenir d'autres, on est en droit d'affirmer qu'il ne s'agit pas de chancre infectant, ni par conséquent de syphilis constitutionnelle.

Le chancre infectant donne lieu, dans la très-grande majorité des cas (98 fois sur 100), à des engorgements dans les ganglions lymphatiques de la pléiade voisine. Ces *adénopathies*, qu'on a désignées sous le nom de *polyganglionnaires*, sont multiples, dures (chondroïdes), indolentes, sans changement de couleur à la peau. Les ganglions indurés sont indépendants les uns des autres, sans adhérence au tissu cellulaire; ils roulent libre-

(1) Pour M. Fournier, la proportion des chancres infectants solitaires comparés aux chancres infectants multiples serait comme 4 à 1. Dans la statistique faite par l'un de nous à Saint-Lazare, la proportion serait comme 7 à 1.

ment sous le doigt, ils n'ont aucune tendance à la suppuration (1) ; leur induration est en rapport avec celle du chancre infectant. Ces adénopathies se résorbent et disparaissent au bout d'un temps variable. En même temps, mais plus rarement, on observe des lymphites dures, marquant le trajet du chancre aux ganglions de la région.

Il arrive souvent, lorsque la durée du chancre se prolonge un peu au delà de ses limites ordinaires et dépasse trois ou quatre septénaires, que les accidents constitutionnels de la syphilis éclatent et viennent constituer des symptômes concomitants qui confirment et précisent le diagnostic. Nous avons vu, pour notre part, bien des fois des malades porteurs de chancres non encore cicatrisés, chez lesquels on trouvait de la

(1) Dans une leçon faite à Londres, M. Henri Lee s'exprimait ainsi : « L'action spécifique du chancre induré sur les ganglions ne produit pas de bubon suppuré. Je crois cette proposition vraie dans son plus large sens. » Nous croyons, comme M. Lee, que le bubon symptomatique du chancre infectant suppure très-rarement ; cependant il en est des exemples incontestables, et on ne doit pas être, à notre avis, aussi affirmatif que M. Ricord, qui, dans ses *Leçons sur le chancre*, p. 117, dit que « le bubon symptomatique du chancre infectant ne suppure jamais ! » Et pour preuve de son assertion il ajoute : « Interrogez le pus qu'il fournit dans les très-rares circonstances où vous le verrez arriver à suppuration, et jamais vous n'obtiendrez, par l'inoculation artificielle, la pustule caractéristique du chancre ; c'est vous dire assez que ce bubon ne suppure jamais spécifiquement. » Puisque le chancre infectant ne s'inocule pas au sujet qui le porte, pourquoi en serait-il autrement pour le bubon symptomatique de ce chancre ? L'argument invoqué par M. Ricord n'a donc pas une valeur bien grande, au moins pour prouver la thèse qu'il soutient.

roséole, de l'angine, ou même, plus rarement, des papules naissantes de la peau et des muqueuses.

Il est très-rare de voir le chancre infectant se compliquer du phagédénisme ou de la gangrène, qui surviennent si souvent au contraire dans les cas de chancres simples. Il n'est pas fréquent non plus d'observer un état inflammatoire aigu. En un mot, les complications, de quelque nature qu'elles soient, sont rares dans le cours des diverses phases que parcourt le chancre infectant. Après être resté quelques jours stationnaire dans la période dite d'état, il a une grande tendance à la cicatrisation, qui est d'ordinaire complète au bout d'un mois.

Lorsque le chancre infectant affecte la forme de l'*ulcus elevatum*, il a, avec la papule muqueuse, la plus grande analogie d'aspect, il peut être facilement confondu avec elle; il peut même arriver que les accidents secondaires se développant au moment où s'opère la cicatrisation du chancre, ce dernier soit transformé en papule muqueuse, *in situ*, pour employer l'expression de MM. Davasse et Deville (1), qui ont publié sur cette métamorphose d'intéressantes recherches. M. Ricord s'est beaucoup servi de cette transformation *in situ* qui, en définitive, ne s'observe que rarement, pour défendre sa doctrine de la non-contagiosité des accidents secondaires (2). Lorsqu'il était bien démontré que le pus d'une plaque muqueuse avait transmis le

(1) Archives générales de médecine, 1845.
(2) Leçons sur le chancre, p. 104.

virus syphilitique, il restait ce dernier argument, que l'école du Midi ne se faisait jamais faute d'employer, c'est que la plaque muqueuse qui avait fourni le pus contagieux n'était qu'un chancre en voie de transformation.

Siége du chancre infectant. — Le chancre infectant n'a pas de lieu d'élection exclusif; il se produit partout où le virus est déposé, et où, comme je l'ai dit déjà, il y a une excoriation, une dépidermation, une déchirure quelconque qui puisse servir de porte d'entrée au pus virulent. Le chancre des parties génitales, cela se comprend facilement, est beaucoup plus fréquent que celui des autres points de l'économie. Comme les causes qui produisent ces deux sortes de chancre sont différentes, je diviserai leur étude; nous examinerons successivement le *chancre infectant génital* et le *chancre infectant extra-génital.*

A. Le chancre infectant génital existe dans une proportion qu'on peut évaluer à peu près à 95 pour 100 en moyenne. Sur une statistique comprenant 403 cas de chancres infectants dont les observations ont été recueillies à son dispensaire, M. Clerc en a noté 393 siégeant aux organes génitaux.

Ces 393 chancres infectants génitaux se décomposent comme il suit :

Muqueuse préputiale ou face interne du prépuce.	63
Reflet de la muqueuse ou sillon glando-préputial.	171
Limbe ou orifice du prépuce.	35
Frein.	14

Gland	12
Méat urinaire	33
Enveloppe cutanée du pénis, ou fourreau	58
Scrotum	3
Angle péno-scrotal	5

Sur 471 cas de chancres infectants observés par M. Fournier pendant son internat à l'hôpital du Midi, cet observateur distingué a noté seulement 26 chancres extra-génitaux; ils se subdivisent ainsi :

Chancres du gland et du prépuce	314
— du fourreau de la verge	60
— multiples de la verge, c'est-à-dire présentant à la fois des chancres du prépuce et du fourreau, du fourreau et du gland	11
— du méat urinaire	32
— intra-uréthraux	17
— du scrotum	7
— du sillon péno-scrotal	4 (1)

Dans une statistique des malades atteints de chancres infectants sortis du service de M. Rollet à l'Antiquaille, du 1er novembre 1862 au 5 mars 1863, ou vus à la consultation gratuite de l'hôpital pendant ce laps de temps, statistique que nous devons à l'obligeance de M. Burlet, interne du service, nous trouvons, sur 54 chancres infectants, 50 chancres infectants génitaux. Parmi ces 50 chancres, 3 présentaient les caractères du chancre mixte.

M. Nodet, qui a été interne dans le service de M. Rol-

(1) Leçons sur le chancre, p. 252.

let, du 1er mai au 1er novembre 1862, a observé, pendant ces six mois, 65 chancres infectants, dont 59 ayant leur siége aux organes génitaux.

M. Tanturri, médecin du syphilicôme de Naples, a donné, dans un mémoire qu'il a fait paraître récemment (1), le relevé suivant. Sur 40 cas de chancres infectants observés chez des hommes, il a trouvé :

Chancres du gland.	4
— du sillon glando-préputial. . . .	6
— de la muqueuse préputiale. . . .	16
— du limbe du prépuce.	3
— du fourreau de la verge.	7
— du scrotum.	2
— du pubis.	2

Les chancres infectants du gland et du prépuce sont de beaucoup les plus nombreux, ce qui contraste avec la rareté relative de ceux du fourreau de la verge. Ce fait s'explique très-bien, si on songe à la facilité avec laquelle la muqueuse génitale s'excorie pendant le coït, et rend ainsi possible l'absorption du pus virulent, au lieu que la peau de la verge recouverte d'un épiderme solide est plus difficilement lésée. M. Clerc pense avec raison que la circoncision, en donnant plus de solidité à la muqueuse balano-préputiale, diminuerait de beaucoup les chances de la contagion.

Il existe très-peu de statistiques portant sur le siége du chancre infectant chez la femme ; cette lacune s'ex-

(1) *Della Tumefazione indolente delle tonsille nella syphilide*, del dottore Tanturri, 1862.

plique par la rapidité de la disparition du chancre infectant chez elle, par son induration presque toujours mal formulée, et enfin par les difficultés plus grandes qu'offrent les parties génitales féminines à un examen sérieux. L'un de nous a relevé pendant le cours de l'année 1861, à Saint-Lazare, le nombre et le siége précis des différents chancres infectants qu'il a observés dans le service de M. Clerc; malheureusement cette statistique n'a, au point de vue du nombre relatif, qu'une valeur secondaire, car la plupart des malades qui composent le service sont des prostituées, ayant depuis longtemps subi l'épreuve de la syphilis, et exemptes de droit de contracter de nouveau le chancre infectant. Il est évident qu'on doit trouver moins fréquemment cette lésion dans un service de ce genre que dans un autre hôpital où on recevrait indistinctement des vénériens appartenant à toutes les classes sociales.

Sur 776 malades atteintes d'affections vénériennes diverses, entrées dans le service de M. Clerc, du 1er janvier 1861 au 31 décembre de la même année, 45 étaient atteintes de chancres infectants, dont 33 génitaux, et 12 extra-génitaux.

Les premiers se divisent ainsi :

Chancres des grandes lèvres.	15
— des petites lèvres.	9
— de la fourchette.	5
— du méat urinaire.	2
— du vestibule.	2

Il n'y a pas eu dans le service, durant cette année

1861, un seul cas de chancre infectant des parois vaginales ou du col utérin.

M. Melchior Robert (1) est arrivé à des résultats différents. Sur 76 malades atteintes de chancres (il ne dit pas si c'étaient des chancres infectants ou des chancres simples) sur les parties génitales externes, il a trouvé :

Fourchette	30
Limites de la vulve et du vagin	11
Vulve	7
Petites lèvres	17
Méat	4
Face interne des grandes lèvres	3
Clitoris	2
Caroncules	2

Nous croyons qu'il s'agit surtout, dans ce relevé, de chancres simples dont le lieu d'élection est la fourchette, ils y sont non-seulement inoculés directement par le coït, mais par presque tous les chancres simples du col et des parois vaginales.

Avant de passer à l'étude du chancre infectant extra-génital, nous devons dire quelques mots du chancre larvé uréthral, dont la possibilité a été signalée pour la première fois par Hernandez, et que M. Ricord a depuis spécialement étudié. Dans son relevé qui porte sur 445 chancres infectants, M. Fournier en a trouvé 17 qui ne pouvaient être aperçus que par l'écartement forcé des lèvres du méat. Un malade qui serait atteint concurremment d'un chancre de cette espèce et d'une

(1) Loc. cit., p. 369.

blennorrhagie donnerait à la fois la syphilis et la blennorrhagie. En se contentant d'un examen superficiel, on ne verrait que la lésion la plus apparente, et on trouverait un bel exemple de *gonorrhée syphilitique.* Que de cas de ce genre les identistes n'ont-ils pas invoqués, qu'un examen plus sérieux eût réduits à néant !

B. Le chancre infectant extra-génital n'a été noté, avons-nous dit, que 10 fois sur 403, par M. Clerc; 26 fois sur 471, par M. Fournier; 4 fois sur 54, par M. Burlet; 6 fois sur 65, par M. Nodet; et enfin par l'un de nous, 12 fois sur 45. Cette proportion plus considérable de la statistique de Saint-Lazare s'explique tout naturellement par les habitudes dépravées des prostituées, qui, ainsi que le dit M. Tardieu (1), *labia et oscula obscenis blanditis præbent.*

Les 10 cas de chancres infectants extra-génitaux observés par M. Clerc se subdivisent de la sorte :

Lèvres.	5
Langue.	1
Pubis.	2
Cuisse.	1
Paupière.	1

Les 26 cas observés par M. Fournier se répartissent ainsi :

Chancres de l'anus.	6
— des lèvres.	12
— de la langue.	3
— du nez.	1

(1) Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs, p. 130. Paris, 1859.

Chancres	de la pituitaire.	1
—	de la paupière.	1
—	des doigts.	1
—	de la jambe.	1

Les 4 chancres infectants extra-génitaux compris dans la statistique de M. Burlet sont ainsi divisés :

Lèvre inférieure.	2
Les deux lèvres à la fois.	1
Céphalique sans autre désignation. . . .	1

Les cas de chancres infectants extra-génitaux observés par M. Nodet siégeaient :

Sur la muqueuse nasale de la narine . .	1
A l'angle interne de l'œil droit.	1
A la lèvre inférieure.	4

Voici maintenant le détail des 12 cas observés par l'un de nous à Saint-Lazare :

Périnée.	2
Anus.	2
Fesses.	1
Cuisses.	1
Lèvre inférieure.	2
Aile du nez.	1
Langue.	1
Base de la luette.	1
Front.	1

Le chancre infectant de l'anus échappe bien souvent à l'observation. C'est ordinairement une lésion légère; dissimulée dans les plis radiés, elle n'attire pas dans certains cas l'attention du malade, et elle peut ne pas être vue par le médecin s'il n'apporte tous ses soins à

l'examen. Le chancre buccal, et nous comprenons sous cette dénomination les chancres des lèvres, de la langue, des gencives, de la luette (1), est le plus souvent, chez les adultes des deux sexes, le résultat de la contagion des accidents secondaires buccaux. Il peut arriver aussi qu'il ait une origine encore moins avouable, origine que j'ai suffisamment expliquée par la périphrase latine empruntée au livre de M. Tardieu; mais ce dernier mode de contagion nous paraît être surtout l'apanage des prostituées. Le chancre infectant buccal résulte bien souvent de la contagion médiate. M. Rollet, dans son excellent traité, a rapporté plusieurs cas de cette transmission de la syphilis bouche à bouche, par l'entremise d'un tube à souffler les bouteilles, chez les ouvriers verriers du département de la Loire. La Société de médecine de Lyon a dû même se préoccuper des moyens prophylactiques qu'on pourrait opposer à cette contagion (2).

Les chancres du nez et de la pituitaire sont fort rares. M. Fournier a observé un cas de chacun d'eux, et M. Mac-Carthy (3) un chancre de la narine. Nous n'avons vu à Saint-Lazare qu'un seul chancre de l'aile du nez. Ceux de la face s'observent plus fréquemment peut-être; nous en avons vu un sur le front, et un

(1) Nous ne devons pas oublier le chancre de l'amygdale, sur lequel M. Diday a publié un fort intéressant mémoire (Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, t. I).

(2) Gazette médicale de Lyon, 1er et 16 novembre 1862. (Voir l'Introduction, p. 59.)

(3) Thèse de Paris, 1844, p. 13.

autre situé dans le sillon naso-labial. M. Fournier en a observé un semblable ; M. Melchior Robert a noté un exemple de chancre du front ; M. Ricord (1) cite dans ses *Lettres* le cas d'un élève en médecine atteint « d'un chancre induré des mieux caractérisés, siégeant sur la joue gauche et caché dans une touffe de favoris très-épais. « On trouve dans la thèse de M. Ladoire-Yver (2) une observation analogue ; enfin divers auteurs ont cité des exemples de chancres des paupières, et entre autres M. Ricord (3), M. Melchior Robert (4), M. Desmarres (5).

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit que le chancre infectant de la tête se rencontre assez souvent, et cette fréquence relative fait d'autant mieux ressortir l'extrême rareté du chancre simple siégeant dans cette région qu'on lui a cru si longtemps réfractaire.

Dans les statistiques que nous avons citées et qui ont été dressées dans des services d'hommes ou de filles publiques, les chancres infectants du sein, qui affectent spécialement les nourrices, n'ont nécessairement pas pu trouver leur place.

Les chancres infectants des doigts s'observent surtout chez les accoucheurs, les chirurgiens, les sages-femmes. Tout le monde médical connaît, sans que nous ayons besoin de les nommer, plusieurs praticiens de Paris qui ont été infectés de cette manière.

(1) Lettres sur la syphilis, p. 48.
(2) Thèse de Paris, 1851, p. 16.
(3) Lettres sur la syphilis, p. 47.
(4) Loc. cit.
(5) Traité théorique et pratique des maladies des yeux, t. I, p. 621.

Fréquence relative du chancre infectant. M. Fournier, dans une des notes des *Leçons sur le chancre,* de M. Ricord, dit qu'il a observé, pendant un trimestre à la consultation de l'hôpital du Midi, 341 chancres qui se divisent en

Chancres infectants. . .	126
— simples.	215

« Ce dernier chiffre 215, ajoute M. Fournier, est bien au-dessous de la proportion véritable. Il faudrait l'augmenter en effet : 1° d'un très-grand nombre de chancres simples qui, cicatrisés plus ou moins rapidement et n'entraînant à leur suite aucun accident constitutionnel, n'amènent point les malades à nos consultations ; 2° d'un nombre au moins égal de balano-posthites dans lesquelles la tuméfaction du prépuce et le phimosis inflammatoire empêchent de reconnaître l'existence simultanée d'un chancre simple. En sorte que sur 3 chancres donnés, 2 au minimum appartiendraient à la variété simple ou molle, 1 seul à la variété infectieuse. »

L'un de nous a fait le relevé exact de tous les chancres qu'il a observés pendant les dix premiers mois de l'année 1861, dans le service auquel il était attaché en qualité d'interne à l'hôpital du Midi. Ce relevé a donné un résultat complétement opposé à celui de M. Fournier (1).

(1) Il est essentiel que ces statistiques portent sur un certain nombre d'années pour qu'elles acquièrent une valeur réelle ; celles que je cite ne remplissent malheureusement pas cette indispensable condition.

Sur 374 malades atteints de chancres, entrés pendant cette période de dix mois dans le service de M. Cullerier, il en a trouvé :

Atteints de chancres infectants. .	230
— — simples. . .	123
Cas douteux.	21

La statistique de l'Antiquaille, que nous a communiquée M. Burlet, donne sur 131 cas de chancres :

Chancres infectants.	54
— simples.	77

Dans le relevé de M. Nodet, on trouve :

Chancres infectants.	65
— simples.	71

D'après le relevé que l'un de nous a fait à Saint-Lazare, il a constaté sur 150 cas de chancres, pendant le cours de 1861, dans le service de M. Clerc :

Chancres infectants.	45
— simples.	105

Il est bien difficile de prendre une moyenne entre des résultats aussi disparates, portant surtout sur des nombres si différents. Les chiffres de ce dernier relevé paraîtraient confirmer ceux qu'a énoncés M. Fournier; mais nous croyons que cette statistique doit être interprétée. Le plus grand nombre des femmes sur lesquelles elle porte sont des filles publiques ayant eu déjà la syphilis constitutionnelle et, avons-nous dit, par cela même, exemptes du chancre infectant. Ce fait peut au-

toriser à croire que le nombre relatif des chancres infectants est moindre à Saint-Lazare que partout ailleurs, et que le relevé de M. Fournier ne doit pas être accepté comme définitif.

Au reste, les statistiques différeront toujours et dépendront de la catégorie sociale sur laquelle elles portent. Il est évident que les gens des basses classes du peuple, qui fréquentent les maisons de tolérance des barrières, maisons peuplées de vieilles prostituées qui ont depuis longtemps subi l'épreuve de la syphilis et n'ont plus que de lointaines récidives d'accidents non contagieux pour la plupart, il est évident que ces gens sont peu exposés à l'infection syphilitique, et qu'ils seront plutôt atteints de blennorrhagie et de chancre simple, pour lesquels il n'y a ni prescription ni immunité ; et c'est parmi ces gens-là que se recrute surtout le personnel de l'hôpital du Midi. Dans les classes élevées, au contraire, on recherche surtout les femmes galantes qui se livrent à la prostitution clandestine. Or ces femmes, jeunes pour le plus grand nombre et qui échappent aux visites réglementaires, sont fréquemment atteintes soit de chancres infectants, soit d'accidents secondaires contagieux. Il résulterait de cela ce fait, qui peut au premier abord paraître paradoxal, c'est qu'on est d'autant plus exposé à la contagion *syphilitique* qu'on paye plus cher le droit de la braver.

Nous sommes convaincus que des statistiques dressées, d'une part, dans un hôpital de vénériens, et, de l'autre, dans la clientèle civile, et portant toutes deux *sur un grand nombre d'années*, donneraient, au sujet

de la fréquence relative du chancre infectant et du chancre simple, des résultats très-dissemblables. On ne pourrait cependant conclure qu'en prenant une moyenne entre ces résultats.

État général de l'économie pendant la durée du chancre infectant. — Un phénomène extrêmement remarquable et qui vient encore confirmer l'opinion que nous avons émise, à savoir : que le chancre infectant n'est que la première manifestation extérieure d'une diathèse, c'est l'état général du sujet atteint de cette lésion. Il est rare en effet de ne pas constater chez lui une faiblesse inaccoutumée, des palpitations, de la céphalalgie, une décoloration très-marquée des téguments, et quelquefois du bruit de souffle dans les carotides, en un mot tous les symptômes de la chloro-anémie. Ce qu'il y a de plus remarquable encore, c'est l'état du sang qui a été étudié et analysé par M. Grassi, ancien pharmacien de l'Hôtel-Dieu. Cet habile expérimentateur a trouvé dans tous les cas une diminution considérable du chiffre des globules. D'après MM. Becquerel et Rodier, le chiffre normal des globules du sang devrait être représenté par 140 sur 1,000. Dans les analyses de M. Grassi, ce chiffre normal de 140 était abaissé, chez des malades porteurs de chancres infectants, à 125, 124, 95, 94, 90, 76, 58, 55, et même à 48. En revanche, le chiffre de l'albumine, représenté normalement par 80, s'était élevé à 102, 104, 106, 108, 115, 123, 126, 127. La quantité de fibrine n'était notablement changée dans aucun cas. L'état du sang des individus at-

teints de chancres simples, examiné aussi par M. Grassi, n'a présenté aucune altération importante.

Ce qui donne plus de prix encore aux analyses de M. Grassi, c'est qu'elles ont été entreprises à une époque où la distinction entre les deux chancres n'était pas encore faite, elles n'ont donc été destinées à la justification d'aucune théorie. Nous demandons comment il est possible de soutenir qu'une lésion qui s'accompagne de modifications générales aussi importantes que le chancre infectant puisse être regardée à son début comme une lésion purement locale !

Nature histologique de l'induration. — Quelle est la nature anatomo-pathologique de l'induration (1) ?

M. Ricord pense qu'elle est constituée par un épanchement de lymphe plastique dans les capillaires lymphatiques. Ce serait, selon l'expression du chef de l'école du Midi, une lymphite en nappe. Pour MM. Marchal (de Calvi) et Robin (2), Lebert et le médecin anglais M. Acton, l'induration appartiendrait au tissu fibroplastique et siégerait dans l'épaisseur du derme.

On trouve dans les *Leçons sur le chancre*, par M. Ricord, une note plus récente de M. le professeur Robin sur l'anatomie pathologique de l'induration, qui serait composée :

1° D'une trame de fibres de tissu cellulaire dans laquelle se trouvent quelquefois des fibres élastiques cutanées ;

(1) Extrait de la thèse de M. C.-A. Martin.

(2) Mémoire présenté à l'Académie des sciences, 2 novembre 1846.

2° D'une assez grande quantité de matière amorphe interposée à ces fibres, matière d'autant plus abondante que l'induration est plus transparente;

3° De noyaux libres fibro-plastiques formant une partie considérable de la masse et toujours accompagnés d'une portion au moins égale de cytoblastions.

4° On y voit aussi une certaine quantité de *corps fusiformes fibro-plastiques* (1).

M. Virchow professe que l'induration a une nature entièrement semblable à celle des tumeurs gommeuses (2); elle présente, comme celles-ci, une prolifération du tissu conjonctif avec épaississement et une destruction des éléments convertis en fines granulations graisseuses.

M. Michaëlis a émis une théorie singulière, dont voici, d'après M. Paul Picard (3), le résumé succinct : «Quand le foyer est occupé par un virus infectant, l'irritation restant régulière et durant longtemps, le virus provoque une réaction chimique sur le plasma, et des dépôts hyalins et opaques se déposent dans le jeune tissu conjonctif par de petites masses et comme de petits points. C'est cette distribution particulière de l'exsudat qui caractérise le chancre induré. Or M. Michaëlis dit avoir démontré dans des travaux antérieurs (4) que toute exsudation coagulée ne se résorbe

(1) Lettres sur le chancre, p. 87.

(2) La Syphilis constitutionnelle, par R. Virchow, trad. de P. Picard. Paris, 1860.

(3) Gazette hebdomadaire, 1862, p. 311.

(4) *Die Resorption fester exsudate auf dem Wage der fette-*

que grâce à la formation d'une capsule. Dans le chancre induré, les exsudations sont séparées les unes des autres; chacune des exsudations forme une capsule spéciale. Entre ces capsules, le tissu conjonctif se feutre, se durcit, et la somme de ces capsules forme le chancre induré; de plus, chaque fois qu'il se forme une capsule, c'est qu'il y a résorption, et par conséquent infection. »

Jamais les observateurs que nous avons consultés n'ont vu se dérouler cette série de transformations; ils ne savent ce que M. Michaëlis entend par la « réaction chimique provoquée par le virus sur le plasma, » et ils regardent comme purement imaginaire cette théorie des capsules.

M. Ordoñez, ancien préparateur du cours particulier de M. Robin et l'un de nos micrographes les plus distingués, a bien voulu nous remettre une note sur l'histologie de l'induration. Il a préparé et conservé un certain nombre de pièces; elles sont d'une netteté remarquable, et mettent hors de doute les conclusions de sa note, dont voici intégralement le texte :

« Le chancre induré du prépuce (1), étudié au point de vue histologique présente les particularités suivantes :

« 1° La couche épidermique de la peau se trouve

netamorphose prager Viertaljahrischrift, 1853, t. III, et *Mondtshefte der K. K. Geseelschaft der Aerzte*, 1856, t. VII.

(1) On comprend que les recherches de M. Ordoñez aient porté surtout sur le chancre infectant siégeant aux limites du prépuce, à cause de la facilité de l'enlever sans produire de difformité.

augmentée d'épaisseur par rapport à l'état normal. Cette augmentation est facile à constater non-seulement par la mensuration, mais aussi parce que les cellules les plus superficielles ont toutes conservé leurs noyaux.

« 2° Les digitations interpapillaires du corps muqueux de la peau sont plus volumineuses que celles de la peau saine, et cette disposition est plus frappante, à cause de l'épaisseur anormale du corps muqueux. Les cellules épithéliales de ces digitations sont très-serrées ensemble, et infiltrées par un liquide très-transparent, coagulable par l'action de l'alcool.

« 3° Au niveau de la couche papillaire du derme, il est facile de constater l'existence de petits foyers hémorrhagiques, occasionnés sans doute par la rupture des petites anses capillaires qui se distribuent dans les papilles du derme. L'hématosine du sang, mêlée à quelques globules sanguins à différents degrés d'altération, se trouve par plaques, toujours au niveau de la couche papillaire du derme, entre celle-ci et le corps muqueux. J'ai rencontré cette disposition dans trois cas de chancre induré du prépuce.

« 4° A partir de la couche papillaire du derme jusqu'à sa partie la plus profonde, il est facile de constater la présence d'une très-grande quantité de lymphe plastique infiltrant les mailles de son tissu. Même sans avoir recours aux réactifs, rien qu'en faisant des coupes minces du chancre, on voit sourdre, par la pression et par l'action de l'instrument combinées ensemble, une grande quantité d'un liquide très-transparent, légère-

ment visqueux, se coagulant lentement au contact de l'air. Ce liquide, examiné au microscope à l'aide des réactifs, n'est autre chose que la lymphe plastique. En outre, dans la trame du derme se trouve une grande quantité d'éléments embryoplastiques, c'est-à-dire des éléments embryonnaires ou transitoires du tissu fibrillaire ou conjonctif. Ces éléments sont constitués : *A*. par des noyaux ronds ou ovalaires, quelques-uns d'entre eux, très-petits à l'état initial, mesurant 4 millièmes de millimètre de diamètre; d'autres, plus grands, mesurant jusqu'à 7 et 9 millièmes; *B*. par de petits corps fusiformes fibro-plastiques en voie d'évolution ordinaire; *C*. par des faisceaux de fibres de tissu conjonctif, de nouvelle formation, reconnues telles à ce que l'atrophie des noyaux n'est pas complète.

« 5° Dans l'épaisseur du derme, il est à remarquer un certain nombre de cordons fibreux à fibres complétement développées, et dont l'aspect blanc brillant tranche particulièrement sur la trame du derme, à cause de l'imbibition considérable de lymphe plastique. Cet aspect particulier est nettement accusé dans les préparations toutes fraîches du chancre induré faites avec de l'eau distillée. Ces préparations, macérées dans l'alcool ou dans la glycérine, le présentent à un degré bien moins considérable.

« Les différentes modifications de la peau du prépuce qui viennent d'être décrites expliquent, à mon avis, d'une manière très-satisfaisante, l'induration particulière caractéristique du chancre induré.

« Mes observations portent aujourd'hui sur cinq cas

de chancre infectant de la partie externe du prépuce, étudiés avec le plus grand soin, dans le but de me faire une idée aussi précise que possible des modifications locales apportées par la présence du chancre. » (Paris, 31 mars 1863.)

Les observations de M. Ordoñez complètent celles de M. Robin, dont elles sont, sur un certain nombre de points, la confirmation. Elles démontrent aussi, une fois de plus, que l'induration a son principal siége dans l'épaisseur du derme.

La fausse membrane qui recouvre presque toujours la surface du chancre infectant est composée, suivant M. Robin, qui a bien voulu se charger de son examen, de tisu conjonctif mortifié, tel qu'on le trouve dans les cas de mortification lente et récente; elle contient en outre une certaine quantité de globules de pus.

M. Lee (1) a prétendu que la sécrétion du chancre simple, examinée au microscope, présente avec celle du chancre infectant des différences notables. Il donne même deux figures représentant les caractères des globules de pus des deux espèces de chancres. Or, d'après l'inspection de ces figures, il est évident que M. Lee a commis une erreur qu'il est important de ne pas laisser s'accréditer. La première figure représente des globules de pus parfaitement reconnaissables, et l'autre, outre des globules semblables, des cellules épidermiques comme on en trouve au bord de presque toutes les préparations de M. Ordoñez. M. Lee a donc con-

(1) Loc. cit., p. 18.

fondu deux éléments anatomiques très-dissemblables, et formulé une conclusion qui doit être rejetée.

Diagnostic. —Nous avons parlé déjà des deux moyens qui viendront puissamment en aide au médecin, dans les cas où le diagnostic d'un chancre présumé infectant offrira des difficultés. Ces deux moyens, auxquels il devra toujours recourir si cela est possible, sont l'*inoculation* et la *confrontation*.

Nous avons déjà dit plusieurs fois que le chancre infectant ne s'inocule pas au sujet qui le porte. Les exceptions à cette règle sont fort rares. M. Clerc n'a inoculé le chancre infectant dans ces conditions avec un résultat positif que 2 fois sur 100 environ. M. Fournier (1), M. Nadau des Islets (2), M. Laroyenne (3), M. Rollet (4), M. Poisson, après des expériences très-nombreuses, sont tous arrivés à des résultats à peu près identiques. M. Melchior Robert (5) seul a le privilége d'inoculer le chancre infectant au sujet qui en est atteint dans la plus grande majorité des cas. Il engage ses confrères qui sont en désaccord si flagrant avec lui à recourir à de nouvelles expériences. Ne pourrait-on pas lui retourner l'invitation ? En tout cas, et jusqu'à preuve du contraire, nous nous rallierons à l'opinion de la presque unanimité des expérimentateurs ; nous

(1) Thèse inaugurale, p. 63. Paris, 1860.
(2) Thèse inaugurale, p. 24. Paris, 1858.
(3) Annuaire de la syphilis, loc. cit.
(4) Loc. cit.
(5) Loc. cit., p. 39, et quelques considérations sur l'auto-inoculabilité du chancre infectant. Marseille, 1861.

en croirons aussi les faits que nous avons observés nous-mêmes et nous donnerons comme une des meilleures preuves du caractère syphilitique d'un chancre sur la nature duquel on aurait des doutes, sa non-inoculabilité au porteur.

M. Bassereau a le premier employé méthodiquement les confrontations ; elles peuvent être dans certains cas d'un grand secours ; mais elles sont environnées de causes d'erreur contre lesquelles il importe de se prémunir.

Il faut, en premier lieu, que la maladie soit plus facile à reconnaître sur le malade qui a infecté que sur l'infecté lui-même. C'est ce qui a heureusement lieu presque toujours ; car le chancre du malade qui a infecté est plus ancien et par conséquent ses caractères sont plus nettement accusés. Il peut arriver que le chancre de l'infectant ait complétement disparu au moment de la confrontation, et s'il était de forme non indurée, on n'en trouvera plus aucune trace.

Si le chancre dont on veut déterminer la nature provient de la contagion d'accidents secondaires, la question peut se compliquer encore, car on sait avec quelle rapidité disparaissent, sans laisser le moindre vestige, sous l'influence d'un traitement approprié, les plaques muqueuses, la diphthérite, les ulcérations à fond grisâtre, et en général tous les symptômes de la syphilis secondaire, siégeant sur les membranes muqueuses.

Il se peut encore qu'on ait affaire à un cas de contagion médiate ; que la femme ait eu au moment du coït la muqueuse vaginale ou vulvaire souillée de pus infec-

tant et qu'elle ait donné la vérole sans la prendre elle-même. Ce mode particulier de contagion dont M. Cullerier, comme nous l'avons déjà dit dans l'Introduction, a démontré expérimentalement la possibilité, est plus fréquent qu'on ne le suppose, et lorsqu'il se présente, il peut dérouter la sagacité de tous les confrontateurs.

Lorsque le chancre infectant est accompagné d'une induration franchement formulée, son diagnostic avec le chancre simple n'est pas difficile à établir ; mais elle est quelquefois tardive, obscure, dans quelques cas même elle n'existe pas. Nous allons résumer sous forme de tableaux les caractères différentiels du chancre infectant et du chancre simple.

CHANCRE INFECTANT.	CHANCRE SIMPLE.
1° Il a une incubation dont la durée moyenne peut être fixée à vingt-cinq jours.	1° Il n'a pas d'incubation.
2° Il provient de la contagion d'un chancre infectant, d'un accident secondaire à forme sécrétante, et dans quelques cas du sang d'un syphilitique à la période secondaire.	2° Il provient de la contagion d'un chancre simple ou d'un bubon suppuré *chancreux*.
3° Il est le plus souvent solitaire.	3° Il est le plus souvent multiple.
4° Il ne s'inocule pas au sujet qui le porte ni à un individu atteint de syphilis constitutionnelle.	4° Il s'inocule à l'infini au sujet qui le porte ou à tout autre individu. Le pus du bubon suppuré est inoculable lorsque seulement ce bubon est chancreux.
5° Il ne débute pas par une vésico-pustule, mais bien par une simple érosion, et dans quelques cas par une papule.	5° Il débute par une vésico-pustule.

CHANCRE INFECTANT.	CHANCRE SIMPLE.
6° A la période dite d'état, le chancre infectant se présente sous la forme d'une ulcération superficielle à bords inclinés, et se raccordant avec le fond ou le plus souvent de niveau avec lui. Cette ulcération est recouverte en partie par une fausse membrane qui, vue à la loupe, a tout à fait l'apparence du frai de grenouille. Les bords sont d'un rouge vif, la forme de l'ulcération est généralement régulière : elle suppure peu.	6° A la période dite d'état, le chancre simple se présente sous la forme d'une ulcération assez profonde, dont le fond est rempli d'une espèce de détritus organique mêlé de pus. Les bords sont taillés à pic, décollés.
7° Le chancre infectant est rarement douloureux.	7° Le chancre simple est presque toujours douloureux.
8° Le chancre infectant est accompagné 98 fois sur 100 d'une induration à la base : induration élastique, chrondroïde, n'ayant aucun des caractères de l'induration inflammatoire.	8° Le chancre simple s'accompagne dans quelques cas d'induration inflammatoire, mais jamais d'induration spécifique.
9° Les ganglions lymphatiques de la pléiade voisine du chancre infectant s'indurent et donnent lieu à des adénopathies polyganglionnaires, chondroïdes, indolentes, n'ayant aucune tendance à la suppuration. Le chancre infectant donne aussi lieu quelquefois à des lymphites indurées.	9° Le chancre simple s'accompagne souvent d'adénites ou de lymphites phlegmoneuses, suppurant le plus ordinairement et fournissant dans quelques cas un pus inoculable.
10° Le chancre infectant est une lésion qui donne lieu à très-peu de réaction locale : il a une tendance à la guérison; il s'ulcère peu, se phagédénise et se gangrène très-	10° Le chancre simple est une lésion locale assez grave ; il a une tendance très-grande à l'ulcération; il est très-irrégulier dans sa marche ; il ne tend pas à la guéri-

CHANCRE INFECTANT.	CHANCRE SIMPLE.
rarement; il a une marche très-régulière.	son comme le chancre infectant. Le phagédénisme et la gangrène sont des complications relativement fréquentes du chancre simple.
11° Le chancre infectant est la première manifestation apparente de la diathèse syphilitique; il est donc le signe de l'infection générale de l'économie : on voit très-souvent, avant sa cicatrisation complète, apparaître les premières manifestations secondaires (roséole, angine).	11° Le chancre simple est un accident purement local; il n'a aucun rapport avec la syphilis.
12° Spécial à l'espèce humaine.	12° Transmissible à quelques espèces animales.

On pourrait confondre le chancre infectant, à son début, avec l'herpès; mais on se souviendra, pour éviter cette confusion, que *l'herpès est toujours multiple*, disposé en groupe de vésicules auxquelles succèdent des érosions superficielles, tandis que le chancre infectant est le plus souvent solitaire. L'herpès est une lésion d'abord vésiculeuse, puis ulcéreuse, qui n'a pas grande ressemblance avec le chancre, lésion plane, relativement sèche, pseudo-membraneuse; en outre, l'herpès ne s'accompagne jamais d'induration ni d'adénopathie.

La plaque muqueuse naissante pourrait être prise aussi pour un chancre infectant commençant; on pourra éviter cette erreur en examinant avec soin le malade, qui, dans le cas de plaque muqueuse, présentera quelques phénomènes concomitants, tels que roséole, angine, papules cutanées, etc.; de plus, la

plaque muqueuse ne s'accompagne jamais d'induration et très-rarement d'adénopathie, surtout si elle est en récidive; en outre, la fausse membrane, si caractéristique, du chancre infectant, ne ressemble en rien à la pellicule grisâtre qui recouvre la plaque muqueuse.

Les tumeurs gommeuses d'un petit volume, isolées et ulcérées, peuvent simuler parfaitement un chancre infectant, sauf toutefois l'adénopathie, qui manque dans le cas d'une gomme. Cependant les praticiens les plus expérimentés peuvent s'y tromper. L'un de nous connaît le fait si souvent cité d'une prétendue réinfection syphilitique; la lésion du prépuce, qui avait été prise pour un chancre infectant, n'était autre chose qu'une tumeur gommeuse qui disparut rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium pris à la dose de 2 grammes.

Des chancres infectants ont été pris souvent pour des tumeurs épithéliales (cancroïdes), et réciproquement. On trouve dans la thèse de M. Blacheyre (1) une intéressante observation de tumeur épithéliale siégeant sur la face dorsale de la verge et prise pour un chancre infectant. M. Heurtaux (2) rapporte le fait d'un malade atteint de chancre induré de la lèvre inférieure qu'on enleva, croyant que c'était un cancroïde. M. Clerc cite dans ses cours un cas en tous points semblable, dans lequel une roséole très-confluente apparut le soir même de l'opération, qui avait été pratiquée par un chirurgien, du reste fort habile, de Paris. L'un de nous a vu, l'année dernière, un malade atteint d'une ulcéra-

(1) Thèse de Paris, 1855.
(2) Thèse de Paris, 1860.

tion à base indurée, du prépuce, qui fut prise fort longtemps pour un chancre, puis pour une gomme ; M. Clerc, soupçonnant sa véritable nature, en fit l'excision, et M. Robin trouva dans la petite tumeur tous les éléments histologiques de l'épithélioma.

Comme éléments de diagnostic, on aura d'abord l'adénopathie, dont s'accompagne toujours le chancre infectant, et qui n'existe que rarement avec le cancroïde. On devra aussi se rappeler que l'épithélioma marche toujours avec une grande lenteur, et qu'un chancre infectant, s'il persiste au delà de sa durée ordinaire, s'accompagne forcément de symptômes secondaires. Dans tous les cas, le diagnostic est difficile et doit fixer toute l'attention du médecin.

La cautérisation inopportune de l'herpès, surtout avec la potasse caustique ou le sublimé (1), donne lieu à des ulcérations indurées à leur base qui pourraient donner le change et faire croire à un chancre infectant ; on a vu des soldats employer ce moyen pour simuler des chancres : dans tous les cas, l'absence d'adénopathie suffira pour lever les doutes.

On pourrait encore confondre le chancre infectant avec certaines ulcérations produites par l'arsénite de cuivre chez les ouvriers qui l'emploient (2). L'induration, selon M. Follin, est, dans ce cas, très-limitée et sans inflammation, mais il n'y a pas de retentissement

(1) Fricke, de Hambourg, thèse de Mac Carthy, 1844.

(2) Note sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvrvries maniant le vert de Schweinfurt (Archives générales de médecine, 10 octobre 1857).

ganglionnaire indolent; des pustules analogues sont disséminées sur d'autres parties du corps, et l'on peut apercevoir au centre de ces ulcérations une matière verdâtre caractéristique.

Pronostic. — En tant que lésion locale, le chancre infectant n'a pas ordinairement de conséquences graves; il se complique fort rarement de phagédénisme ou de gangrène. Il peut arriver cependant que dans certains cas, chez les sujets débilités ou sous une influence nosocomiale, la cicatrisation se fasse attendre, et que la plaie prenne un mauvais aspect. Nous connaissons le fait d'un jeune homme, élève des hôpitaux de Paris, qui mourut d'infection purulente à la suite d'un chancre infectant. L'ulcération s'était étendue au delà des limites ordinaires, le malade s'affaiblissait chaque jour, puis survinrent les frissons, la teinte ictérique, et il fut emporté rapidement.

Le chancre infectant est suivi, dans un délai plus ou moins rapproché, des différentes manifestations de la diathèse syphilitique qui constituent ce que M. Ricord a appelé la *vérole confirmée*. Il est bien rare que six mois s'écoulent sans qu'on voie survenir cette conséquence ordinaire de l'accident primitif.

Les différents accidents dits secondaires et tertiaires ne se succèdent qu'à certains intervalles déterminés. M. Mac-Carthy (1), M. Bassereau, M. Sigmund (2) et

(1) Thèse inaugurale, loc. cit.

(2) *Wiener med. Wochenschr.*, 1856 (*Schmidt's Jahrbücher*, 1857).

M. Fournier (1), ont publié des statistiques sur cette évolution ; elles présentent entre elles une remarquable concordance.

L'un de nous a résumé ces résultats dans le tableau suivant :

Formes morbides.	Époque d'apparition la plus ordinaire.	Époque d'apparition la plus précoce.	Époque d'apparition la plus tardive.
Roséole.	45e jour.	25e jour.	12e mois.
Syphilide papuleuse. . .	65e —	28e —	12e —
Papules muqueuses humides.	70e —	30e —	18e —
Lésions secondaires de la gorge, diphthérite.	70e —	50e —	18e —
Syphilide vésiculeuse. .	90e —	55e —	6e —
Syphilide pustuleuse. . .	80e —	45e —	4 ans.
Rupia.	2 ans.	7e mois.	4 —
Iritis syphilitique. . . .	6e mois.	60e jour.	13e mois.
Sarcocèle syphilitique. .	12e —	6e mois.	34e —
Périostose.	9e —	4e —	2 ans.
Syphilide tuberculeuse. .	3 à 5 ans.	3 ans.	20 —
Syphilide ulcéreuse à forme serpigineuse. .	3 à 5 —	3 —	20 —
Tumeur gommeuse. . . .	4 à 6 —	4 —	15 —
Affections des ongles. . .	4 à 6 —	3 —	22 —
Exostose vraie.	4 à 6 —	2 —	20 —
Ostéite, altération des os et des cartilages. . . .	3 à 4 —	2 —	41 —
Perforation ou destruction du voile du palais.	3 à 4 —	2 —	20 —

(1) Leçons sur le chancre, p. 334.

Les divers accidents syphilitiques secondaires et tertiaires se succèdent à peu près toujours dans l'ordre précédent, ils suivent, ainsi que l'a remarqué M. Mac-Carthy, une progression graduellement croissante des couches superficielles aux couches les plus profondes. Il est inutile d'ajouter que le traitement mercuriel, bien administré, peut modifier leur marche, retarder et quelquefois même prévenir leur apparition.

Il y a des syphilis à forme grave, et aussi des syphilis bénignes dans lesquelles les accidents sont rares et très-fugaces. Je crois que le volume considérable de l'induration et sa persistance au delà du terme ordinaire sont les symptômes d'une vérole qui durera longtemps et dont les accidents seront à la fois nombreux et persistants.

Les auteurs ont cité quelques exemples, fort rares à la vérité, de véroles dites *galopantes* dans lesquelles les accidents se succèdent avec une rapidité et une intensité qui rappellent les descriptions des auteurs qui ont assisté à la grande épidémie du XVe siècle.

TRAITEMENT DU CHANCRE INFECTANT. — Nous devons répéter ici ce que nous disions dans la deuxième partie de l'Introduction de ce traité : *le chancre infectant n'est que la première manifestation de la diathèse syphilitique.* Nous croyons avoir donné en faveur de cette proposition assez d'arguments et de preuves pour que nous n'ayons pas à y revenir. Or quelle est la conséquence forcée qu'elle entraîne ? C'est l'inutilité absolue de ce traitement abortif dont M. Ricord a fait un éloge si pompeux. Nous ne discuterons pas une seconde fois

les raisons que le chef de l'école du Midi a fait valoir en faveur de son opinion, mais, nous appuyant sur ce que nous avons dit déjà, nous proscrirons complétement la cautérisation immédiate du chancre infectant. Elle est, pour nous, sinon nuisible, au moins inutile; ne pouvant empêcher le développement et l'évolution de la diathèse, elle est un obstacle à la marche naturelle de l'ulcération chancreuse, dont l'un des principaux caractères est de tendre à la guérison.

A notre avis, on doit se borner à des soins de propreté pour le chancre infectant au début; lorsqu'il est arrivé à la période d'état, on peut déposer à sa surface un pansement légèrement excitant (vin aromatique, onguent digestif simple), et le toucher légèrement avec le nitrate d'argent pour hâter le bourgeonnement et la cicatrisation (1).

Quant au traitement général, nous donnerons, dans le chapitre réservé à ce sujet, ses indications spéciales.

Nous ne nous étendrons pas du reste sur cette question qui doit être étudiée complétement à l'article du traitement de la syphilis constitutionnelle.

Dans certains cas où l'induration persiste pendant longtemps, on peut l'exciser, pourvu toutefois qu'elle se trouve dans une région parfaitement indépendante (prépuce, nymphes, etc.) et à la condition aussi que cette petite opération n'entraîne pas à sa suite de difformité trop apparente.

(1) La guérison rapide du chancre infectant n'a d'importance qu'au seul point de vue de la contagion.

PÉRIODE PRODROMIQUE DE LA SYPHILIS.

L'induration du chancre et l'adénite polyganglionnaire sont des signes certains de l'infection constitutionnelle, mais ils ne sont pas immédiatement suivis des accidents dits secondaires et tertiaires dont nous allons donner la description en suivant l'ordre des tissus au sein desquels ils se manifestent. Ces accidents sont généralement précédés par une période prodromique, une sorte d'incubation nouvelle, pendant la durée de laquelle on observe assez souvent certains symptômes généraux qu'il importe de connaître. Ces symptômes sont la céphalée et les douleurs rhumatoïdes.

La céphalée débute presque toujours par une douleur sourde, gravative, ordinairement limitée aux arcades sourcilières et aux régions temporales. Cette douleur est continue le plus souvent, quelquefois intermittente. Elle s'exaspère dans certains cas la nuit par la chaleur du lit, caractère qui lui est alors commun avec les douleurs ostéocopes qu'on observe à une période beaucoup plus avancée de la syphilis. La céphalée peut aussi présenter tous les symptômes d'une névralgie et produire des douleurs lancinantes avec hyperesthésie du cuir chevelu. Elle peut être erratique et se fixer successivement sur différents points de la tête. Elle est toujours superficielle et ne présente pas ce caractère de douleur profonde qui est propre aux douleurs ostéocopes.

La céphalée ne se montre pas immédiatement après

l'infection constitutionnelle, elle est presque toujours précédée d'un état de faiblesse et de malaise général. Le malade atteint de syphilis, pendant cette première période, est découragé, le travail intellectuel soutenu lui devient impossible, son appétit diminue, son sommeil est agité, il a des éblouissements, des vertiges, de la fièvre, il pâlit, maigrit, recherche la solitude et devient indifférent aux choses qui l'intéressaient le plus; certains malades ont des palpitations, du bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. Certes ce tableau ne doit pas être pris à la lettre et il est bien peu de malades qui présentent cet ensemble de signes alarmants; mais, en revanche, il n'en est pas un seul chez lequel on ne puisse constater quelqu'un de ces symptômes, manifestation évidente du travail morbide qui s'accomplit dans toute l'économie.

Si la céphalée ou bien les symptômes divers que nous venons d'énumérer sont pour le malade une cause de douleurs trop vives, on devra avoir recours au traitement antisyphilitique, dont l'action ne tarderait pas à les faire disparaître. Dans la plupart des cas elles cessent spontanément à l'époque où se manifestent les premières lésions des téguments muqueux et cutanés.

Les douleurs dites rhumatoïdes ont leur siége le plus habituel dans le voisinage des articulations, dans les régions cervicale postérieure, intercostale et lombaire. Elles sont erratiques, augmentent quelquefois pendant la nuit comme la céphalée, et comme elle, affectent souvent le type intermittent. Elles rendent dans cer-

tains cas l'extension et la contre-extension des membres qu'elles occupent impossibles, ou du moins très-difficiles et très-douloureuses. M. Ricord croit que ces douleurs ont leur siége dans le tissu musculaire, M. Bassereau soutient que c'est dans le périoste.

Les différentes manifestations de la période prodromique précèdent le plus ordinairement la roséole, cependant elles coexistent souvent avec elle. M. Bassereau a trouvé une moyenne de trente jours (après l'infection) pour l'époque de l'apparition des prodromes.

SYPHILIDES

1° SYPHILIDES EN GÉNÉRAL.

On donne le nom de *syphilides* aux manifestations cutanées de la vérole, qui se rapprochent des formes élémentaires des affections vulgaires de la peau.

Nous rejetons de la classe des syphilides les gommes, bien que ces lésions appartiennent quelquefois essentiellement à l'enveloppe cutanée. Afin de ne pas scinder l'histoire de ce produit pathologique, nous renvoyons le lecteur à l'article *Gommes*.

Quant aux plaques muqueuses, que la plupart des auteurs décrivent en même temps que les syphilides, bien qu'elles appartiennent plus spécialement aux affections des muqueuses, nous leur consacrerons un chapitre particulier. Cette dérogation aux habitudes classiques est amplement justifiée par l'importance énorme qu'ont eue ces lésions dans l'histoire contemporaine de la vérole.

Historique. — Les syphilides ont-elles existé de tout temps? Ici nous retrouvons, comme pour toutes les questions qui se rattachent à l'historique de la syphilis,

deux opinions bien tranchées : les uns admettent en effet que la vérole est aussi vieille que le monde ; les autres, et nous sommes de ce nombre, croient qu'elle ne date en Europe que de la fin du xve siècle. Au reste, quelle que soit l'opinion que l'on adopte, que l'on se range sous le drapeau de l'ancienneté ou de la modernité de la syphilis, on est obligé de convenir que les dermatoses véroliques n'ont été rattachées à leur véritable cause qu'à partir du xve siècle.

Les médecins qui ont écrit à cette époque nous ont laissé des tableaux effrayants de ces éruptions pustuleuses, nom sous lequel ils décrivaient la plupart des affections cutanées et en particulier toutes celles qui se rapportaient à la vérole ; mais Fracastor nous apprend qu'à partir de la vingtième année après l'épidémie du xve siècle, ces éruptions deviennent déjà plus sèches : « factæ item fuere pustulæ, si quæ apparebant, sic« ciores. »

Il ne faut pas croire du reste que toutes les éruptions, même à la fin du xve siècle, étaient graves. Gaspard Torella, qui écrivait en 1498, rapporte l'observation d'un homme qui, trente jours après avoir eu des ulcères à la verge, vit tout son corps couvert de taches sans pustules : « invenit totum corpus infectum maculis « latis, sine pustulis. »

Dès le commencement du xvie siècle, les auteurs font quelques tentatives pour établir des divisions dans les affections syphilitiques cutanées. G. Torella les partage en pustules sèches et humides ; Antoine Beniveni en admet cinq espèces d'après leur largeur ; Fallope

distingue les pustules en croûteuses et non croûteuses : « pustulæ cum cortice et pustulæ sine cortice. »

On chercherait vainement un tableau complet des syphilides dans les ouvrages de ces différentes époques ; ce n'est qu'au XIXe siècle que cette étude a été faite. Mais on trouve épars çà et là des traits caractéristiques qui prouvent que ces auteurs avaient reconnu l'aspect spécial de ces éruptions. Léonicène (1497), auteur du premier traité sur le mal français, en signale déjà la couleur particulière; Nicolas Massa donne une bonne description de la syphilide tuberculeuse, qui a, dit-il, une mauvaise couleur (*malo colore*) ; Fernel a des tableaux qui semblent faits de nos jours ; Fallope insiste le premier pour établir que les éruptions syphilitiques ont une couleur semblable à celle de la chair de jambon, couleur qui n'appartient qu'à elles ; Swediaur devait plus tard la désigner sous le nom de *couleur cuivrée*. Pendant les XVIIe et XVIIIe siècles, les auteurs ajoutent peu aux descriptions de ceux qui les ont précédés; ils se contentent de les copier plus ou moins exactement. Ce n'est, nous le répétons, qu'à partir du XIXe siècle qu'on s'occupe d'une façon spéciale de l'étude des éruptions cutanées syphilitiques.

En 1802, Trappe (1) publie un travail remarquable sur les excroissances et les pustules vénériennes ; il distingue cinq espèces d'excroissances et huit espèces de pustules.

(1) Dissertation sur les excroissances et les pustules vénériennes. Paris, 1802.

En 1803, M. Lagneau (1), alors chirurgien de l'hôpital des vénériens, donne une description assez complète des éruptions syphilitiques ; seulement il confond avec elles la gale et plusieurs affections dartreuses et parasitaires. Il admet en effet des pustules miliaires, ortiées, galeuses, vésiculaires ou séreuses, lenticulaires, plates, muqueuses ou humides, squammeuses, croûteuses, ulcéreuses, serpigineuses, dartreuses ou dartres vénériennes.

En 1820, Cullerier l'ancien (2) publie dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, en collaboration avec Bard, un article fort bien fait sur les pustules vénériennes. On peut faire à cet auteur les mêmes reproches qu'au précédent.

En 1832, Alibert (3), qui avait créé le nom de *syphilides* dans sa monographie des dermatoses, les range dans le groupe des dermatoses véroleuses ; il les divise en syphilide pustulante, syphilides végétante et ulcérante ; et chacune de ces classes comprend un grand nombre de divisions.

C'est à Biett, collègue d'Alibert à l'hôpital Saint-Louis, qu'appartient l'honneur d'avoir réalisé le véritable progrès dans la classification et la description des éruptions syphilitiques. Adoptant le nom de syphilides, il applique à ces éruptions la classification de Willan, en forme un groupe naturel et en donne une bonne description méthodique.

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1802.
(2) Dictionnaire des sciences médicales (pustules vénériennes), 1820.
(3) Monographie des dermatoses. Paris, 1832.

Les élèves de Biett ont pour la plupart adopté sa classification ; ils forment une pléiade nombreuse. Cependant quelques auteurs ont cru devoir en donner de nouvelles ; on consultera avec fruit les principales monographies qui ont été publiées sur ce sujet et en particulier celles de Trappe, de Cullerier l'ancien, d'Albers (1), de Humbert (2), les mémoires de MM. Martins (3) et Gibert (4), les thèses de Legendre (5), de M. Pilon (6), le traité de M. Cazenave (7), celui de M. Bassereau (8), les leçons de MM. Bazin (9), Hardy (10), et enfin les recherches de M. Rollet.

Je ne ferai que signaler la division admise par M. Cazenave, qui reconnaît des syphilides primitives et consécutives. Les premières se montreraient sans accident primitif; ce seraient des syphilides d'emblée.

M. Bazin, dans ses leçons sur les syphilides, publiées en 1859, a donné une classification nouvelle qui est excellente au point de vue des divisions générales ; en voici le tableau tel qu'il a été donné par l'auteur.

(1) Sur le Traitement et le diagnostic des syphilides. Bonn, 1832.

(2) Manuel pratique des maladies de la peau appelées syphilides, d'après les leçons de M. Biett. Paris, 1833.

(3) Mémoire sur les causes générales des syphilides. Paris, 1838.

(4) Mémoire sur les syphilides (Revue médicale, avril 1841).

(5) Nouvelles Recherches sur les syphilides (thèse de Paris, 1811).

(6) Enanthèmes syphilitiques (thèse de Paris, 1857).

(7) Traité des syphilides. Paris, 1843.

(8) Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis. Paris, 1852.

(9) Leçons sur les maladies de la peau. Paris, 1858.

(10) Leçons sur les syphilides. Paris, 1859.

A. SYPHILIDES RÉSOLUTIVES.	1re SECTION. — *Exanthématiques.*		
		1° Érythémateuse.	maculeuse ou rubéolique. granulée. squammeuse.
		2° Papuleuse.	lenticulaire. miliaire.
		3° Pustuleuse.	lenticulaire. miliaire. phlyzaciée.
		4° Vésiculeuse.	varicelliforme.
	2e SECTION. — *Circonscrites.*		
		1° Tuberculeuse.	en groupes. en anneaux. squammeuses.
		2° Pustulo-crustacée.	éparse. miliaire. en groupes.
		3° Papulo-vésiculeuse. . . .	éparse. en corymbes. en cercle.
B. SYPHILIDES ULCÉREUSES.	3e SECTION. — *Ulcéreuses.*		
		1° Puro-vésiculeuse.	disséminée (forme maligne). en groupes.
		2° Tuberculo-ulcéreuse. . . .	en groupes. serpigineuse.
		3° Gommeuse.	éparse. en groupes.

Pour nous, nous admettons la classification de Biett légèrement modifiée; elle suffit complétement à toutes les exigences du sujet, et, appliquée aux syphilides, elle ne présente aucun des inconvénients qu'on lui a

reprochés à juste titre lorsqu'elle est prise pour base de la nosologie cutanée. C'est du reste, comme nous l'avons vu, la classification adoptée par la plupart des auteurs, c'est celle que M. Bassereau a suivie dans son excellent livre sur les affections cutanées symptomatiques de la syphilis, et on ne saurait choisir de meilleur guide.

On doit noter ici les tentatives timides faites par quelques syphiliographes pour rattacher à la syphilis plusieurs maladies cutanées décrites sous différents noms par les auteurs, et regardées comme extraordinaires et particulières à certaines contrées. Swediaur en dit déjà quelques mots; Alibert place plusieurs de ces affections dans ses dermatoses véroleuses; M. Lagneau consacre un chapitre entier à leur histoire; MM. Bœck et Danielsen font des recherches importantes sur quelques-unes d'entre elles. Mais c'est M. Rollet qui, le premier, a établi, d'une façon définitive, qu'on devait regarder comme syphilitiques et rattacher à la vérole toutes les endémo-épidémies décrites sous les noms de *mal de Sainte-Euphémie*, *pian de Nérac*, *maladie de Chavanne-Lure*, *maladie de Brunn*, *mal de Fiume* ou *de Scherliero*, *facaldina*, *sibbens d'Écosse*, *radesyge*, *mal de la baie de Saint-Paul*, *boutons d'Amboine*, *pian*, *yaws*, *frambœsia*.

Symptômes généraux des syphilides. — Les syphilides forment un groupe naturel dans les affections cutanées, groupe formé de parties qui ont des caractères communs qui les relient entre elles.

Assez dissemblables au premier aspect, les syphilides présentent des caractères communs très-importants, bien tracés pour la première fois par Biett, et dont l'étude a été complétée par les auteurs qui l'ont suivi, et en particulier par M. Bassereau.

Ces caractères sont formés par la coloration des éruptions, leur forme, l'absence de toute réaction locale et le plus souvent générale, la polymorphie des lésions élémentaires, la marche, etc. etc.

La *coloration cuivrée* est un bon caractère des éruptions syphilitiques. Elle est, dans beaucoup de cas, tellement caractéristique, qu'elle suffit à elle seule pour faire reconnaître la nature de l'affection. Elle a été comparée à la couleur de la chair du jambon, par Fallope, à celle du cuivre, par Swediaur; mais ces comparaisons n'en donnent qu'une idée incomplète; pour s'en faire une idée satisfaisante, il faut l'avoir vue, car elle a souvent des nuances qu'un œil exercé reconnaît facilement, mais que la plume ne saurait rendre.

Cette coloration manque dans plusieurs formes précoces. Ainsi, la roséole spécifique est rosée et non cuivrée; elle est surtout marquée dans les formes papuleuse et tuberculeuse; on la retrouve presque toujours dans l'aréole qui limite les ulcérations; elle est surtout très-accentuée dans les éruptions qui siégent sur les extrémités inférieures.

C'est à tort que quelques auteurs ont voulu dénier à ce caractère son importance; et, s'il manque dans quelques éruptions syphilitiques, s'il se rencontre dans

d'autres lésions cutanées, comme la variole à son déclin, le psoriasis débarrassé de ses squammes, etc., il n'en conserve pas moins une importance très-grande, et souvent il est pathognomonique pour quiconque sait l'apprécier à sa juste valeur.

La *forme arrondie* des éruptions syphilitiques est un autre caractère non moins important. Déjà très-marquée dans les formes précoces, elle s'accentue plus encore à mesure que les éruptions s'éloignent de l'époque de la contagion. On voit alors non-seulement chaque élément en particulier revêtir la forme circulaire, mais souvent chacun d'eux se grouper à côté des autres, de façon à former des cercles, des segments de cercle, des ellipses, etc., comme cela a lieu surtout dans la syphilide tuberculeuse en groupes. Ce caractère se retrouve jusque dans les ulcérations qui succèdent aux lésions élémentaires dans les formes tardives.

Il ne faut pas oublier que ce caractère peut être constaté dans certaines formes dartreuses et parasitaires, voire même dans quelques scrofulides.

La *polymorphie* n'appartient qu'aux formes précoces. On trouve souvent dans ces syphilides, en effet, plusieurs lésions élémentaires à côté les unes des autres; la papule à côté de l'érythème, la vésicule entremêlée de pustules, etc. On rencontre rarement cette confusion dans les affections vulgaires de la peau, où l'élément est ordinairement partout le même, quelle que soit l'étendue de la lésion. Ce fait a été noté pour la première fois par M. Bassereau.

L'absence de réaction locale et générale. — C'est à peine si, avec les syphilides précoces, on observe quelques symptômes généraux, un peu de fièvre, un peu de malaise, et encore d'une façon exceptionnelle. Ces symptômes manquent dans les formes tardives.

La réaction locale est à peu près nulle. Souvent c'est le médecin qui fait remarquer au malade étonné l'éruption qui couvre une partie de son corps. Avec les syphilides, en effet, on n'observe ni douleur, ni prurit. Les démangeaisons se montrent cependant assez souvent lorsque les lésions occupent les parties de la peau où le système pileux est très-développé, comme le cuir chevelu et le pubis.

Les phénomènes concomitants. — Il est bien rare que la syphilide existe isolément. Avec les formes précoces, on trouve ordinairement l'induration des ganglions et des vaisseaux lymphatiques, des papules muqueuses si caractéristiques, des douleurs rhumatoïdes, etc. Il n'est pas rare de constater la présence de l'accident primitif qui n'est pas encore cicatrisé, ou bien a laissé des traces qui ne permettent pas de douter de sa nature.

Avec les formes tardives coïncident dans la majorité des cas d'autres lésions spécifiques, tantôt des affections des os, telles que périostoses, exostoses, carie, etc., ou bien des organes comme l'induration des testicules, les maladies des membranes oculaires, etc.

On conçoit sans peine toute l'importance de ces lésions concomitantes, pour le diagnostic des manifestations cutanées de la vérole.

L'aspect des croûtes, des ulcères, des cicatrices, four-

nira des éléments précieux pour reconnaître les syphilides. Les croûtes verdâtres des formes tardives, les ulcérations taillées à pic qu'elles recouvrent, sont souvent pathognomoniques. Les taches cuivrées qui succèdent aux syphilides précoces acquièrent quelquefois une grande importance. Il n'est pas jusqu'aux cicatrices qui ne viennent apporter leur contingent à la solution du problème; d'abord rouge sombre, elles deviennent ensuite brunâtres, et finissent par revêtir la teinte blanchâtre qui appartient à tous les tissus inodulaires.

L'*action du mercure et de l'iodure de potassium* constitue un dernier caractère d'une grande importance. On sait, en effet, l'influence sur les syphilides précoces du traitement hydrargyrique, et l'action sur les syphilides tardives de l'absorption de quelques grammes d'iodure de potassium.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS, COMPLICATIONS. — La marche des syphilides est chronique. Cette chronicité forme même un de leurs plus constants caractères. Il appartient aux formes précoces comme aux tardives. Malheureusement il est loin de leur appartenir d'une manière exclusive; on le rencontre, en effet, dans la plupart des affections cutanées non spécifiques.

La durée d'une syphilide est toujours longue, d'autant plus longue qu'elle apparaît à une période plus avancée de la maladie.

La guérison est la terminaison ordinaire de ces affections. Elle a lieu par résolution dans les formes pré-

coces, par ulcération et cicatrices dans les variétés tardives. Abandonnées à elles-mêmes, les syphilides résolutives disparaissent spontanément au bout de quelques mois. Les formes ulcéreuses, au contraire, se perpétuent pendant de longues années, et alors elles sont entretenues le plus souvent par des poussées successives.

La vérole ne met à l'abri d'aucune maladie (1), bien plus elle prédispose le sujet à plusieurs états pathologiques plus ou moins graves. Mais il est surtout certaines affections qui semblent faire partie de son apanage. M. Bazin a le premier fait remarquer que le terrain syphilitique est très-favorable au développement des affections parasitaires végétales. Personne n'ignore combien il est fréquent de rencontrer les parasites animaux, et en particulier la gale, avec la syphilis.

Diagnostic des syphilides. — Le diagnostic des syphilides sera établi à l'aide de caractères généraux que nous avons donnés, et des symptômes spéciaux à chaque forme, symptômes spéciaux que nous ferons connaître en faisant l'histoire de chaque syphilide en particulier.

Le siége de l'éruption, l'époque de son apparition, la connaissance des antécédents, les symptômes propres

(1) Nous ne croyons pas qu'il y ait antagonisme entre la syphilis et aucune autre affection, et nous ne nous rendons pas aux raisons plus ou moins valables que M. Chassaignac a invoquées pour étayer sa théorie de l'antagonisme entre la syphilis et l'infection purulente (Gazette des hôpitaux, 30 août 1862).

et concomitants, permettent le plus souvent de reconnaître les syphilides; mais, comme le fait remarquer M. Bassereau, il est indispensable d'avoir fait une étude approfondie des éruptions communes de la peau, et des syphilides pour bien saisir les différences de forme et d'aspect qui existent entre ces deux ordres d'affection. Nous ne ferons ici que tracer à grands traits les caractères qui distinguent les syphilides en général des maladies constitutionnelles. On trouvera, au chapitre de chaque syphilide, le diagnostic des éruptions qui pourraient plus particulièrement être confondues avec elle.

Les syphilides, comme nous l'avons vu, ont pour caractères généraux : la couleur cuivrée des éruptions, leur forme arrondie, l'absence de réaction, la chronicité, le siége spécial pour quelques-unes d'entre elles ; l'aspect des ulcérations et des croûtes, enfin l'action du traitement.

Aucun de ces caractères n'a une valeur absolue, mais on en trouve souvent plusieurs réunis. Aucun n'est pathognomonique, mais, rapproché de quelques autres phénomènes comme les symptômes antérieurs et concomitants, il acquiert souvent une importance telle qu'il suffit à lui seul pour lever tous les doutes.

Si nous mettons en regard de ces caractères ceux qui appartiennent aux maladies constitutionnelles, nous pouvons juger immédiatement des différences qui les séparent.

a. Les *éruptions dartreuses* ou *herpétides* sont souvent héréditaires, elles affectent une symétrie remarquable dans leur développement, ainsi elles occupent les

deux mains, les deux bras, les deux côtés du cou, etc.

Elles sont le siége d'un prurit plus ou moins intense, plus marqué la nuit que le jour. Les démangeaisons, souvent assez vives pour priver le malade de sommeil, sont assez pénibles dans certaines formes (prurigo *ferox*), pour porter le malade à l'aliénation mentale ou au suicide.

Les dartres jouissent d'une grande mobilité ; elles ont beaucoup de tendance à s'étendre. Leurs récidives sont fréquentes, elles se montrent quelquefois sous l'influence du moindre excès, après l'ingestion de certains aliments (poissons, homards, fraises, etc.) ; elles ont ordinairement lieu sous la même forme élémentaire, ainsi le psoriasis récidivera sous forme psoriasique, l'eczéma sous forme d'eczéma, etc.

On n'observe rien de semblable dans les syphilides. Les variétés succèdent les unes aux autres, mais il est exceptionnel de voir le même élément paraître et disparaître plusieurs fois de suite.

Enfin les dartres ne sont pas destructives, et même, quand elles s'ulcèrent, elles ne laissent jamais de cicatrices persistantes. Elles disparaissent plus ou moins rapidement sous l'influence des préparations arsenicales.

Les dartreux ont la peau sèche, d'une susceptibilité extrême. Ils sont sujets à diverses névroses (gastralgie, migraine, asthme, etc). Souvent ils ont l'apparence de la santé la plus florissante.

b. Les *éruptions scrofuleuses* ou *scrofulides* débutent presque toujours dans le jeune âge, avant l'époque ordi-

naire des rapports sexuels. Elles présentent une grande tendance à l'hypertrophie et à l'ulcération des tissus; elles siégent surtout à la face; à peine douloureuses, elles ne donnent lieu à aucune réaction locale. Leur marche est d'une lenteur désespérante; ce n'est plus par mois, comme dans les syphilides, que se compte leur durée, mais par années. C'est la règle de voir la scrofulide, dont le caractère est d'être essentiellement fixe, persister pendant quatre, cinq, dix, quinze ans et plus.

La coloration des scrofulides est violacée, livide.

Les ulcères scrofuleux sont irréguliers, sinueux, à bords blafards et décollés; ils sécrètent un pus séreux, mal lié, tenant en suspension des particules caséeuses; ceux qui succèdent aux syphilides sont au contraire arrondis, taillés à pic; ils sont entourés d'une auréole cuivrée et sécrètent un liquide épais qui se concrète rapidement en croûtes volumineuses et verdâtres. Les cicatrices qui succèdent aux premiers sont saillantes, hypertrophiques; celles qui succèdent aux ulcérations véroliques sont déprimées, avec perte de substance.

A ces caractères, on pourrait joindre ceux de la constitution scrofuleuse.

c. Les *arthritides*, dont nous empruntons les principaux caractères à M. Bazin (1), se montrent surtout sur les parties découvertes; elles sont le siége d'élancements, de picotements, plutôt que de véritables démangeaisons;

(1) Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, rédigées par L. Sergent.

il y a souvent multiplicité des lésions élémentaires, ainsi on trouve simultanément et successivement du lichen, de l'eczéma, du pityriasis, etc.

Elles récidivent facilement et ordinairement sur le même point; elles sont disposées en groupes séparés par des portions de peau saine et n'ont aucune tendance à se réunir. On trouve souvent au milieu des éléments de l'affection des ecchymoses ou même de véritables petits foyers sanguins.

Chez les arthritiques, la transpiration est exagérée; il y a souvent chute prématurée des poils; ils ont une grande tendance à l'obésité, des congestions fréquentes, des hémorrhagies, etc.

Le traitement alcalin modifie avantageusement les éruptions arthritiques.

Étiologie des syphilides. — Les syphilides sont des affections cutanées qui se développent sous l'influence du virus syphilitique. La vérole est donc la cause principale de ces éruptions, mais il est certaines conditions physiologiques, physiques et pathologiques qui favorisent leur apparition, et que nous devons examiner, ce sont les causes occasionnelles; elles ne sont pas absolument nécessaires au développement des syphilides, elles y contribuent seulement dans certaines limites.

Quant à la cause prochaine, on l'a placée à tort dans le chancre; la véritable cause prochaine, c'est le virus syphilitique, le chancre infectant n'est pour nous, comme nous l'avons dit plusieurs fois déjà, que le premier accident, le premier signe de l'infection générale,

infection qui existe avant l'apparition du chancre et peut même exister sans lui.

Ainsi, tout en rejetant la vérole d'emblée, et par suite les syphilides primitives telles que les comprend M. Cazenave, il ne nous répugne nullement d'admettre qu'une lésion cutanée puisse, dans certains cas exceptionnels, être le premier accident de l'infection; il suffira pour cela que la plaie qui a servi de porte d'entrée au virus échappe au travail particulier qui devait en faire l'accident primitif des auteurs, le chancre infectant. Nous n'admettons pas de contagion sans plaie artificielle ou spontanée; nous rejetons l'absorption à travers les membranes cutanées et muqueuses, nous nous séparons donc complétement des partisans de la vérole d'emblée.

Cependant l'absence d'accident primitif, hâtons-nous de le dire, est un fait rare, tellement rare même qu'il n'en existe pas d'observation bien authentique dans la science. Il est inutile de faire observer que nous ne parlons ici que de la syphilis acquise, car, dans la syphilis héréditaire, il n'y a jamais de chancre.

Pour ce qui est du chancre simple et de la blennorrhagie, jamais ils ne sont suivis d'accidents constitutionnels, nous en faisons, comme on l'a vu, des maladies essentiellement différentes de la syphilis; elles ne s'y rattachent que par la cause. Ce sont des maladies simplement contagieuses, tandis que la vérole est une maladie virulente au premier chef.

Je dois signaler en passant l'opinion de M. Bazin à ce sujet. «J'ai cru remarquer, dit cet auteur, que la mar-

che de la syphilis était différente suivant la nature de l'accident primitif, et qu'à la suite du chancre infectant, on voyait les accidents cutanés se dérouler dans l'ordre que nous avons signalé, syphilides exanthématiques, syphilides circonscrites, syphilides ulcéreuses; tandis qu'à la suite du chancre simple et de la blennorrhagie, les syphilides circonscrites se montraient sans avoir été précédées de syphilides exanthématiques. » L'auteur a le tort de n'apporter aucun fait probant à l'appui de son dire.

Les causes occasionnelles des syphilides sont les suivantes :

L'âge n'a aucune action sur le développement de ces éruptions. Elles ne respectent aucune période de la vie; elles sévissent également sur les deux sexes. Si on observe plus souvent la vérole chez l'adulte et chez l'homme, les conditions différentes de la vie en fournissent la cause.

La constitution paraît jouer un certain rôle au point de vue des formes élémentaires; aux constitutions robustes, appartiennent plus spécialement les formes sèches; aux constitutions débiles, les variétés humides. Mais que d'exceptions à cette règle !

Les caractères du chancre peuvent-ils faire prévoir la forme des accidents successifs, comme M. Bassereau l'a avancé ? Contrairement à ce que dit cet auteur, nous avons observé, à la suite de chancres infectants phagédéniques, des syphilides bénignes, nous avons vu succéder des formes malignes à de simples érosions chancreuses dont la guérison s'était faite en quelques jours.

L'apparition des syphilides est influencée d'une façon remarquable par les températures extrêmes. Un froid vif, une chaleur violente, amènent quelquefois le développement d'éruptions qui seraient restées à l'état latent sans ces causes. Ainsi agissent les bains trop chauds, les bains de vapeurs en particulier.

La température a encore un autre mode d'action. Les formes graves des syphilides s'observent plus souvent dans les pays à température extrême que sous les climats tempérés.

Les excès de toutes sortes ont une influence qu'on ne saurait nier. Un malade voit tout à coup son corps couvert d'une éruption syphilitique, à la suite d'un excès de table, d'une grande fatigue. Les émotions violentes, une grande joie, un violent chagrin, ont quelquefois le même résultat.

Enfin il n'est pas jusqu'aux états pathologiques qui ne puissent hâter le développement des éruptions spécifiques. On voit ainsi une syphilide apparaître après une fièvre, une blessure grave, etc. Nous avons déjà signalé l'influence exercée par les parasites ; ils agissent en excitant les fonctions de la peau.

Pronostic. —Le pronostic des syphilides est toujours grave ; elles sont l'indice d'une infection redoutable.

Comme affection locale, la gravité de ces éruptions varie avec l'époque de leur apparition. Leur forme, leur siége, la résistance plus ou moins grande qu'elles opposent au traitement, sont autant d'éléments divers qui font varier le pronostic.

Les formes tardives sont toujours plus graves que les précoces; les formes ulcéreuses plus dangereuses que les variétés sèches.

Traitement des syphilides. — Le traitement des syphilides est général et local. Le traitement général est celui de la vérole. Il varie suivant qu'on a affaire à des formes précoces ou à des formes tardives. Dans le premier cas, on doit avoir recours aux mercuriaux et dans le second à l'iodure de potassium ou mieux à l'iodure de potassium associé au mercure. Le traitement local est secondaire; il est rarement nécessaire dans les syphilides précoces, mais il peut rendre de grands services dans les variétés ulcéreuses. Il est représenté par les bains simples, alcalins, sulfureux, et surtout les bains de sublimé; on use souvent avec avantage dans ces cas de topiques mercuriels; la pommade au protoiodure, les lotions avec la liqueur de Van Swieten, les bandelettes d'emplâtre de Vigo, appliquées sur les ulcérations, en accéléreront la guérison. Les fumigations de cinabre sont aussi souvent utiles. Le malade est en même temps tenu à un régime sévère. Il doit éviter les excès de toutes sortes, les veilles, les grandes fatigues.

Les sudorifiques n'ont, comme on le sait, qu'une influence problématique sur les lésions de la syphilis, et on peut les remplacer parfaitement par une tisane quelconque.

Inutile d'ajouter que dans le traitement des syphilides comme dans celui des autres accidents de la vé-

role, on doit tenir compte de l'état général du malade, pour instituer le traitement.

On se trouve bien, dans certains cas d'éruptions rebelles, de l'emploi des eaux minérales, et en particulier des eaux sulfureuses.

2° SYPHILIDES EN PARTICULIER.

Après avoir donné le tableau général des syphilides, il nous reste pour compléter leur histoire à faire la description de chacune d'elles en particulier. Nous les diviserons en deux grandes classes, syphilides précoces et syphilides tardives, qui comprendront dans leurs espèces toutes les variétés admises par Biett et son école.

Cette division a une grande importance pratique à nos yeux; elle indique immédiatement le traitement auquel il faudra donner la préférence dans chaque cas particulier. Le mercure juge rapidement les formes précoces, et, comme nous l'avons déjà dit, l'iodure de potassium ou mieux ce sel associé aux préparations mercurielles (traitement mixte) donne des résultats merveilleux dans les syphilides tardives.

SYPHILIDES PRÉCOCES.	érythémateuse ou roséole. papuleuse. vésiculeuse. squammeuse. pustuleuse précoce. tuberculeuse précoce.	SYPHILIDES TARDIVES.	bulleuse. pustuleuse tardive. tuberculeuse tardive.

Après avoir fait l'étude de la première classe, nous dirons quelques mots de la syphilide pigmentaire, et nous verrons si cette affection appartient vraiment à la vérole comme l'ont prétendu quelques auteurs.

ROSÉOLE SYPHILITIQUE.

La syphilide érythémateuse, plus généralement connue sous le nom de *roséole*, est à la fois la plus précoce et la plus commune des affections cutanées de la syphilis. Elle est caractérisée par des taches plus ou moins irrégulièrement arrondies, avec ou sans saillie, disparaissant en partie ou en totalité par la pression.

La coloration de ces tâches est rarement cuivrée; elle varie du rose pâle au rouge vif. Au début, elle est si peu accusée qu'il faut la plus grande attention pour reconnaître l'affection. On découvre plus facilement les taches roséoliques en examinant obliquement l'enveloppe cutanée.

Plusieurs poussées successives de taches donnent à l'éruption des teintes diverses en rapport avec l'époque d'apparition de chacune d'elles, et c'est l'aspect particulier que revêt la peau dans ce cas que J.-L. Petit avait caractérisé par le nom de *peau truitée*.

L'étendue des taches varie de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes et même de 1 fr. Elles sont discrètes ou confluentes; dans le premier cas, séparées les unes des autres, elles se rapprochent plus ou moins du type arrondi; dans la forme confluente, elles recouvrent toute une région, formant

une panne continue, et donnent alors à la peau un aspect marbré caractéristique.

On a quelquefois noté la fièvre au nombre des symptômes de la roséole, c'est l'exception. En général, cette éruption ne s'accompagne d'aucune réaction générale ni locale. Il n'y a ni chaleur, ni douleur au niveau des points malades. Les démangeaisons font complétement défaut.

Cette absence de réaction explique comment cette lésion cutanée passe si souvent inaperçue du malade et même du médecin.

La roséole se présente sous deux formes principales :

a. La *roséole maculeuse.* Caractérisée par des tâches rosées, sans élévation, disparaissant complétement sous la pression du doigt. Ces taches, irrégulièrement arrondies, sont déchiquetées sur leurs bords ; leur largeur varie de 1 à plusieurs millimètres.

b. La *roséole papuleuse.* Représentée par des taches saillantes, d'un rouge plus foncé que dans la forme précédente ; disparaissant incomplétement par la pression. Les saillies sont souvent recouvertes de petites élevures coniques (roséole piquetée).

Les deux variétés de roséole s'observent souvent chez le même sujet.

Rarement, à l'état d'éruption isolée, la roséole s'accompagne souvent, à une période variable de son évolution, d'autres affections, parmi lesquelles les papules et les pustules sont les plus communes.

La roséole se montre peu de temps après la contagion ; elle coïncide souvent avec l'accident primitif,

pendant la durée duquel elle se développe le plus ordinairement; avec elle on observe les pléiades des aines, l'engorgement des ganglions cervicaux et des plaques muqueuses au niveau des orifices naturels; enfin il n'est pas rare de voir coïncider avec elle les douleurs rhumatoïdes, la céphalée, l'alopécie précoce.

La *fréquence* de cette éruption est grande, et les bons observateurs reconnaissent tous aujourd'hui qu'elle ne le cède à aucune forme sous ce rapport. On n'oserait plus soutenir qu'elle ne vient qu'au second ou au troisième rang. Quelques auteurs, et entre autres Legendre et M. Cazenave, ont pu, à une autre époque, se faire les défenseurs de cette hérésie, mais leur erreur tenait à ce qu'ils observaient à l'hôpital Saint-Louis, où l'on ne voit qu'exceptionnellement cette éruption; il suffit d'avoir quelquefois visité l'hôpital du Midi pour se convaincre de la vérité.

La syphilide érythémateuse se montre d'abord sur les flancs, à la base de la poitrine; ces parties sont, avec le ventre et la partie interne des cuisses, ses siéges d'élection; on peut l'observer sur toutes les régions de la peau; elle apparaît dans le courant du premier ou du deuxième mois qui suivent la contagion chez les sujets qui n'ont subi aucun traitement; dans le cas contraire, elle peut apparaître beaucoup plus tard.

L'invasion peut être brusque, et dans ce cas elle se montre ordinairement à la suite d'un excès, d'une émotion morale, ou bien encore elle apparaît tout à

coup à la suite d'un bain pris trop chaud, d'une grande fatigue.

Le plus souvent son invasion est lente, il faut un à deux septénaires pour qu'elle soit complétement développée; livrée à elle-même, elle peut mettre plusieurs mois à disparaître; le mercure la juge en quelques semaines.

La résolution est la terminaison la plus fréquente; peu à peu les taches s'éteignent, laissant à leur suite des macules brunâtres dont la durée est souvent plus longue que celle de l'éruption elle-même, macules sur lesquelles M. Gibert a appelé l'attention et qu'il considère comme très-caractéristiques.

On a quelquefois observé la délitescence des taches roséoliques, mais ce fait est rare; on les voit plus fréquemment devenir proéminentes et se transformer en saillies papuleuses; elles forment alors la première période de cette variété de syphilide.

Les récidives de la roséole ne sont pas rares, il faut éviter de les prendre pour de nouvelles infections; elles peuvent avoir lieu plusieurs mois et même plus d'une année après la contagion.

La syphilide érythémateuse est grave comme signe d'infection générale, bénigne au contraire comme lésion locale; c'est de toutes les affections syphilitiques de la peau celle qui cède le plus facilement; elle disparaît sans laisser de traces persistantes, comme du reste toutes syphilides résolutives.

Le diagnostic est facile : outre les symptômes objectifs de l'éruption, on a encore pour se guider la pré-

sence fréquente du chancre infectant avec ses pléiades caractéristiques, et la coïncidence presque constante d'autres accidents constitutionnels.

Les symptômes aigus des fièvres éruptives permettront à peine l'hésitation; le catarrhe bronchique, le coryza, la conjonctivite de la rougeole, l'angine de la scarlatine, mettront vite sur la voie.

La roséole copahique est certainement l'affection cutanée qu'on a le plus confondue avec l'érythème spécifique, et l'on sait que cette confusion a conduit M. Cazenave à admettre cette doctrine erronée, que la syphilis avait indistinctement pour symptôme primitif soit un chancre, soit une blennorrhagie. On comprend facilement toute la gravité de cette erreur.

On reconnaîtra toujours la roséole copahique en tenant compte des conditions au milieu desquelles elle se développe : l'affection débute brusquement chez un individu qui prend du copahu; elle se montre d'abord autour des poignets et des malléoles, où elle peut rester limitée; elle est toujours plus marquée sur ces régions, d'où elle rayonne sur les autres points du corps. Caractérisée par des taches d'un rouge vif qui ne tardent pas à devenir saillantes, et à prendre la forme papuleuse et sont le siége de démangeaisons plus ou moins vives, elle disparaît en quelques jours, sans aucun traitement, aussitôt qu'on a supprimé les balsamiques. Rien ne diffère plus de l'érythème syphilitique dont la marche est chronique, qui a des siéges d'élection tout autres, qui ne s'accompagne d'aucun prurit, et ne s'efface qu'au bout d'un temps fort long, si le

malade n'est pas soumis au traitement spécifique. Du reste, les signes objectifs de l'éruption suffiront au médecin instruit pour reconnaître la nature de la lésion; les taches de la roséole copahique ne ressemblent que de loin à celle de l'érythème spécifique, et le diagnostic *de visu* sera toujours facile pour quiconque aura observé les deux affections.

Les autres variétés de roséole ne seront jamais confondues avec la forme vérolique si l'on tient compte de leur marche aiguë, des circonstances particulières au milieu desquelles elles se développent, et aussi de l'absence d'autres symptômes constitutionnels; je ne signalerai donc que pour mémoire la roséole herpétique, la roséole estivale (*roseola æstiva* de Willan) et la roséole de l'automne (*roseola autumnalis*).

L'urticaire avec ses démangeaisons, sa marche spéciale, créera rarement des difficultés. L'hydrargyrie est une affection vésiculeuse et par conséquent distincte de la roséole.

SYPHILIDE PAPULEUSE.

La syphilide papuleuse est caractérisée par de petites éminences dures, solides, d'un rouge cuivré, ne contenant jamais de liquide, éminences dont le volume varie de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une lentille, et qui se terminent par résolution.

Des taches rosées que M. Bassereau, et d'autres après lui, ont comparé à celles de la fièvre typhoïde, marquent le début de l'affection. Après quelques

jours de durée, elles s'élèvent au-dessus du niveau de la peau et deviennent papuleuses. Ces saillies, rouges d'abord, ne tardent pas à prendre une teinte cuivrée des plus caractéristiques, qu'elles conservent jusqu'à la fin, et qu'on retrouve même sur les stigmates qu'elles laissent un certain temps sur la peau après leur résolution. Lorsqu'il n'existe encore que des taches, la pression les fait disparaître, mais, une fois qu'elles sont devenues papuleuses, elles ne s'effacent plus sous le doigt. Le développement de l'éruption peut être rapide ou lent ; quelques jours suffisent dans le premier cas pour que la syphilide arrive à son apogée ; dans le second, au contraire, il faut souvent plusieurs semaines.

L'évolution peut se faire par poussées successives, et on voit alors l'affection persister pendant plusieurs mois consécutifs.

Les papules ne sont le siége d'aucune démangeaison, d'aucune douleur ; comme pour la roséole, l'éruption est quelquefois précédée d'un peu de malaise, d'un peu de fièvre ; comme elle encore, elle est ordinairement accompagnée d'engorgements des ganglions et des vaisseaux lymphatiques, de céphalée et de douleurs rhumatoïdes. Avec elle enfin, on observe d'autres éruptions, des plaques muqueuses, des vésicules, des pustules, etc.

Elle se présente sous deux formes : la syphilide papuleuse à grosses papules (syphilide lenticulaire des auteurs), et la syphilide à petites papules ou lichen spécifique (syphilide miliaire et conique). Quant à la sy-

philide papuleuse miliaire de M. Bassereau, c'est une forme pustuleuse.

Les deux variétés de syphilides papuleuses ne diffèrent que par le volume de leurs papules. Celle à grosses papules est plus fréquente, et ses éléments sont ordinairement isolés les uns des autres, tandis au contraire qu'ils sont souvent groupés dans l'autre variété.

Les papules ne respectent aucun point de l'enveloppe cutanée; cependant elles se montrent de préférence sur le tronc et la partie interne des membres; elles affectent aussi une sorte de prédilection pour la région frontale où elles forment souvent, au niveau de la naissance des cheveux, une longue traînée papuleuse qui suit les contours de leur implantation, et figure la variété la plus commune et la mieux caractérisée de ce qu'on a appelé *corona veneris*.

A la plante des pieds et à la paume des mains, elles existent sous forme de taches saillantes, rouge sombre, qui se recouvrent souvent de squammes. C'est une variété de la syphilide cornée de Biett, une des espèces de *psoriasis palmaria* et *plantaria* des auteurs.

La marche de l'affection est chronique et sa durée toujours longue. Elle apparaît dans les trois premiers mois qui suivent la contagion, si la maladie est laissée à sa marche spontanée; elle ne se montre que plus tard lorsque le malade est soumis au traitement spécifique dès le début de l'infection, et alors on ne la voit quelquefois paraître qu'au bout d'un an.

Elle guérit rapidement dans beaucoup de cas, mais

quelquefois elle résiste pendant de longs mois au traitement le mieux ordonné.

La résolution en est la terminaison constante; elle laisse après elle des tâches grisâtres et cuivrées qui persistent pendant longtemps, mais finissent toujours par disparaître sans laisser de traces.

Le diagnostic de la syphilide papuleuse est généralement peu embarrassant. Dans aucune autre éruption on ne trouve aussi tranchés les caractères des affections spécifiques.

L'acné *indurata* ne peut guère être confondue avec la papule syphilitique; son caractère pustuleux, son siége spécial, ses cicatrices plissées si caractéristiques, suffisent pour la faire reconnaître.

Le lichen dartreux, avec ses démangeaisons très-vives, l'épaississement de la peau qu'il entraîne ordinairement à sa suite, se distinguera suffisamment de l'éruption spécifique.

La forme décrite par M. Bazin sous le nom de *lichen à papules déprimées* pourrait en imposer, mais on la reconnaîtra aux caractères suivants: les papules sont jaunâtres, avec dépression centrale au centre; elles sont groupées sur la face externe des membres; les démangeaisons dont elles sont le siége et au besoin la facilité avec laquelle l'éruption cède ordinairement aux bains sulfureux et aux préparations arsenicales suffiraient pour lever tous les doutes.

SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

La syphilide vésiculeuse est de beaucoup la plus rare des formes cutanées de la vérole ; elle est caractérisée par de petites ampoules séreuses formées par le soulèvement de l'épiderme et remplies d'un liquide transparent ; ces ampoules, dont l'existence est éphémère, et qui exhalent après leur rupture un liquide qui se concrète en croûtes minces ou en squammes plus ou moins fines, sont entourées à leur base par une auréole rouge sombre ou cuivrée dont la présence est constante.

On observe d'abord de petites taches rouges avec ou sans saillie, sur lesquelles s'élèvent des vésicules d'un volume variable, ordinairement bien arrondies, remplies d'un liquide clair qui se trouble au bout de quelques jours. Les vésicules alors se rompent et il se forme des croûtes qui, à leur chute, laissent des maculatures brunâtres non persistantes.

D'autres fois, la marche de la lésion est un peu différente. Le liquide contenu dans les vésicules est résorbé et celles-ci disparaissent en laissant de simples débris épidermiques.

Les vésicules sont isolées les unes des autres, et irrégulièrement disséminées sur la peau, ou bien au contraire groupées et circonscrites ; elles peuvent exister sur toutes les régions de l'enveloppe cutanée; on les rencontre à la face, sur le tronc et sur les membres; elles sont ordinairement mêlées à d'autres éruptions

de même nature, et, de même que les formes que nous avons déjà étudiées, elles sont accompagnées de différents symptômes secondaires de la vérole.

Les auteurs ont admis plusieurs variétés de cette syphilide d'après le volume des vésicules, leur disposition, l'aspect de la base sur laquelle elles reposent. Ces divisions n'ont qu'une importance secondaire, et, si nous les signalons, c'est uniquement afin que le lecteur puisse facilement les retrouver dans les auteurs où elles portent les noms les plus divers.

On reconnaît une syphilide *à forme de varicelle*, la seule admise par M. Bazin. Les vésicules sont disséminées, quelquefois ombiliquées, entourées d'une auréole cuivrée à leur base. Accompagnée de fièvre dans certains cas, cette affection a pu en imposer pour l'éruption dont elle porte le nom.

Une forme *eczémateuse*, dans laquelle on trouve des vésicules très-petites groupées sur une surface rouge sombre.

Une forme *herpétique*, caractérisée par des surfaces rouges plus ou moins exactement arrondies, sur lesquelles on trouve de grosses vésicules. L'aspect de l'éruption, sa marche, la coïncidence avec d'autres symptômes constitutionnels, la disparition par le traitement spécifique, permettent de ranger cette lésion au nombre des éruptions syphilitiques les mieux caractérisées; c'est donc à tort, suivant nous, que M. Bazin rejette cette variété de syphilide, et qu'il admet que cette affection appartient toujours soit à la dartre, soit à l'arthritis.

Une forme *papulo-vésiculeuse,* qui appartient à la fois, comme son nom l'indique, aux papules et aux vésicules. Si ces dernières ont une existence éphémère, elles sont bientôt remplacées par de minces débris épidermiques qui surmontent les papules, dont la durée se prolonge beaucoup plus longtemps. Cette forme répond à la sous-papulo-vésiculeuse circonscrite de M. Bazin, et à la sous-papuleuse miliaire de M. Bassereau.

La marche de la syphilide vésiculeuse est encore plus lente que celle des variétés précédentes. Elle se développe du premier au troisième mois après la contagion; elle est entretenue par des poussées successives; les maculatures qu'elle laisse après elle finissent par disparaître.

Le pronostic est le même que dans les variétés érythémateuse et papuleuse, c'est-à-dire simple au point de vue local, grave comme signe d'infection.

Le diagnostic présentera rarement de difficultés, si l'on se rappelle que cette éruption est caractérisée par des vésicules à marche chronique, entourées à leur base d'un cercle cuivré; si l'on tient compte enfin des symptômes antérieurs et concomitants.

La varicelle est une affection aiguë, et la plupart des autres éruptions vésiculeuses que l'on pourrait confondre avec la syphilide ont également une marche rapide. On ne retrouve avec elles aucun des signes sur lesquels nous avons insisté en faisant l'histoire de l'éruption spécifique.

A une autre époque, les affections parasitaires, et en

particulier l'herpès circinné, ont pu en imposer dans beaucoup de circonstances; mais aujourd'hui elles sont bien connues, et il suffira de se rappeler leurs disques parfaitement arrondis, les démangeaisons dont elles sont le siége, et au besoin, avoir recours à l'examen microscopique.

SYPHILIDE SQUAMMEUSE.

L'affection squammeuse est une forme rarement primitive de la syphilide; le plus souvent les squammes succèdent à d'autres lésions dont elles ne sont qu'une des phases.

Cette particularité a beaucoup obscurci l'histoire de la syphilide squammeuse, et, parmi les auteurs, les uns l'ont rejetée complétement, la regardant, comme toujours consécutive à d'autres lésions, tandis que les autres l'ont donnée comme fréquente, faisant rentrer dans cette éruption beaucoup de lésions qui ne lui appartiennent pas en propre. Aussi ne faut-il pas s'étonner, en parcourant les ouvrages modernes, de trouver cette syphilide décrite par les uns avec une prolixité regrettable, tandis que d'autres l'ont frappée d'un ostracisme incompréhensible. Les deux opinions sont fausses, et il y a autant d'exagération à admettre le pityrasis, les squammes qui succèdent aux papules muqueuses du scrotum, l'icthyose, toutes formes qui ne sont que secondaires, dans la classe des squammes syphilitiques, comme l'ont fait MM. Bassereau, M. Robert, etc., qu'à supprimer complétement cette classe,

comme M. Bazin, sous prétexte que les observations données par les auteurs se rapportent soit à la roséole squammeuse, soit à la syphilide tuberculeuse circonscrite, ou encore au psoriasis arthritique.

La syphilide squammeuse se montre sous deux formes bien caractérisées : le psoriasis syphilitique, et la syphilide cornée de Biett.

Nous rejetons les autres variétés admises par les auteurs, variétés qui ne sont que les phases de différentes lésions élémentaires, et dont l'histoire appartient à celle de ces lésions.

a. *Psoriasis syphilitique.* — Il est caractérisé par des plaques saillantes, rouge sombre, ou plus souvent jaune cuivré, dont l'étendue est variable, rarement moindre d'une pièce de 20 centimes. Ces saillies sont recouvertes de squammes beaucoup moins nombreuses, beaucoup moins épaisses, que celles du psoriasis vulgaire dont elles n'ont jamais la couleur argentée et brillante.

En général arrondies, ces plaques forment quelquefois des bandes longitudinales comme dans le psoriasis gyrata, ou bien des cercles sains au centre, comme dans la forme circinée ou lèpre vulgaire. Il est exceptionnel de voir le psoriasis syphilitique revêtir les formes *guttata* et *punctata*.

On le rencontre sur les différents points du corps. Il occupe fréquemment la paume des mains et la plante des pieds ; il forme alors les psoriasis *palmaria* et *plantaria* des auteurs, et se présente dans ces régions sous l'aspect de larges plaques recouvertes de squammes

épaisses, bordées par un cercle cuivré, et sillonnées dans quelques cas de gerçures profondes et douloureuses.

b. *Syphilide cornée.* — Bien décrite par Biett, cette variété siége exclusivement à la paume des mains et à la plante des pieds. Elle commence par de simples taches rouges, ou bien par des saillies coniques de même couleur. L'épiderme qui recouvre ces lésions primordiales ne tarde pas à prendre une teinte jaunâtre, en même temps il devient d'une dureté remarquable, et l'affection ressemble, à cette époque, à la lésion connue sous le nom de cor.

Si le malade ne fait aucun travail manuel; s'il a habituellement les extrémités inférieures recouvertes, l'éruption peut s'arrêter à cette période; mais, si, au contraire, les mains et les pieds sont exposés à des pressions plus ou moins fortes, alors la sécrétion épidermique augmente dans une proportion considérable, et la partie mortifiée peut acquérir plusieurs millimètres d'épaisseur.

Dans l'un et l'autre cas, à la chute de l'épiderme mortifié, chute qui se fait spontanément ou est provoquée par les doigts du malade, on trouve une perte de substance plus ou moins exactement arrondie, d'une profondeur en rapport avec l'épaisseur de l'épiderme enlevé, perte de substance dont le fond est d'un rouge vif, dont la circonférence est entourée d'une collerette blanchâtre (liséré de Biett). La cavité se comble peu à peu, et souvent une nouvelle poussée a lieu un peu plus loin.

La squamme, comme nous l'avons vu, est une forme

rare de la syphilis comme lésion propre. Elle se montre pendant la période secondaire, mais à une époque plus reculée que pour les syphilides précédemment étudiées.

Le psoriasis cède ordinairement en deux ou trois mois au traitement spécifique; ses récidives sont exceptionnelles. Il laisse des cicatrices, non constantes il est vrai, mais qui, dans tous les cas où elles existent, pourront éclairer sur la nature de l'affection.

La syphilide cornée est très-tenace; elle récidive souvent, et elle ne disparaît qu'après un traitement longtemps continué.

Le diagnostic de la syphilis squammeuse est on ne peut plus facile, lorsqu'on a affaire à la forme cornée; il suffit en effet d'avoir vu un seul exemple de cette affection, pour toujours la reconnaître. Son siége exclusif, sa forme, ses symptômes spéciaux, sont autant de caractères qu'on ne rencontre dans aucune autre affection cutanée.

La forme psoriasique peut être confondue avec le psoriasis vulgaire, et, dans un certain nombre de cas, il faut bien le dire, l'hésitation est permise au praticien le plus expérimenté. On arrive cependant au diagnostic dans la majorité des cas, en se rappelant que le psoriasis vulgaire commence ordinairement par les coudes et les genoux, qu'il existe rarement sur d'autres points de l'enveloppe cutanée sans présenter des plaques dans ces régions; en se rappelant qu'il est le siége de démangeaisons plus ou moins vives, que les plaques qu'il forme sont plus saillantes, que ses squammes

sont plus épaisses, plus brillantes que dans le psoriasis syphilitique.

Ce dernier, souvent limité aux régions plantaires et palmaires, respecte le plus ordinairement les coudes et les genoux, points d'élection du premier. Il n'est le siége d'aucune sensation anormale; il n'est pas prurigineux. Sa durée est moins longue; il est souvent circonscrit, et représenté par une ou deux plaques formées de saillies squammeuses, qui, réunies, recouvrent une surface plus ou moins exactement arrondie.

Il faut toujours se souvenir que le psoriasis, exactement limité aux extrémités, appartient rarement à la diathèse dartreuse. Si alors, comme le veut M. Bazin, il constitue souvent une éruption arthritique, la couleur rouge scarlatineuse qu'il présente dans ce cas permettra de reconnaître sa nature.

SYPHILIDE PIGMENTAIRE OU MACULEUSE.

Sous le nom de *syphilide pigmentaire*, M. Hardy a le premier fait connaître une affection cutanée qu'il rattache à la vérole.

Cette lésion a ensuite été décrite avec beaucoup de soin, par M. Pilon, dans sa thèse inaugurale, sous le nom de *syphilide maculeuse du cou*. Ce jeune médecin, dans son travail, admet deux formes secondaires de syphilide pigmentaire, distinction au moins inutile, comme le fait remarquer M. Hardy, puisqu'elle ne repose que sur une différence dans la disposition des macules.

L'affection dont nous nous occupons est caractérisée par des taches grises ou jaunes, sans aucune saillie, de forme irrégulière, entremêlées de taches blanches, sans aucune desquammation. Ces taches ne sont le siége d'aucune chaleur, d'aucune démangeaison. Leur étendue est variable; il peut n'y avoir qu'une simple tache de la largeur d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, arrondie ou de forme irrégulière, à bords inégaux, déchiquetés ; ou bien on trouve plusieurs macules placées à côté les unes des autres, et couvrant une surface assez étendue. Elles circonscrivent des espaces de peau dont elles relèvent la blancheur, et font ressembler, comme on l'a dit, l'enveloppe cutanée, à un marbre blanc, veiné de taches et de lignes grisâtres et jaunâtres. Sur les limites extérieures, ces marbrures se confondent insensiblement avec la coloration naturelle de la peau.

Cette affection se rencontre chez les sujets à peau fine et blanche; aussi affecte-t-elle une sorte de prédilection pour les femmes. On l'a cependant observée également chez les hommes, mais c'était chez des sujets à tégument externe fin et délicat, à tempérament lymphatique.

Elle siége surtout sur les parties découvertes; on l'observe en particulier sur le cou, où elle forme quelquefois un collier complet. Sur les lèvres, elle simule une moustache naissante. On l'a vue encore sur la poitrine et sur les membres inférieurs.

Elle n'appartiendrait à aucune époque fixe de la vérole ; on l'a rencontrée au commencement et à la fin

de la période secondaire et même pendant la période tertiaire.

Son diagnostic est des plus faciles; il suffit d'avoir vu une seule fois cette affection pour ne jamais l'oublier.

Les végétaux épidermophytiques donnent naissance à des affections (crasses parasitaires) qui ont une certaine ressemblance avec la syphilide pigmentaire de M. Hardy. Ces crasses se présentent sous la forme de taches colorées en brun, en jaune ou en noir (*pityriasis versicolor, pityriasis nigra, chloasma*, etc.), taches qui sont le siége d'une desquammation fine, de démangeaisons plus ou moins vives. On retrouve dans les squammes épidermiques placées sous le champ du microscope les caractères assignés au champignon connu sous le nom d'*epidermophyton* ou *microsporon furfur*.

Nature. — Admise sans conteste au rang des accidents de la syphilis par MM. Hardy et Pilon, cette affection est-elle véritablement syphilitique? Cela est loin d'être certain, et l'on éprouve quelque répugnance à ranger dans la classe des lésions produites par la vérole une affection qui se montre indifféremment à toutes ses périodes; sur laquelle, de l'avis de M. Hardy lui-même, le traitement spécifique, si actif dans les autres formes cutanées spéciales, n'a aucune action.

Il nous semble plus rationnel de ne voir là, comme le veut M. Bazin, qu'une affection hyperchromateuse. Il existe en effet à la fois des taches d'achromie et d'hyperchromie, et nous admettons avec l'auteur que

nous venons de citer que cette affection n'est qu'une variété de vitiligo, qui n'appartiendrait à la syphilis qu'aux mêmes titres que le pityriasis versicolor, par exemple, mais ne ferait pas partie intégrante de la maladie, ne serait pas un produit du virus. Ce serait, en un mot, une simple complication due à l'aptitude et au terrain. Cette opinion, qui appartient entièrement à M. Bazin, nous semble se rapprocher plus de la vérité que celle qui fait de cette affection un produit direct de l'infection constitutionnelle au même titre que les autres syphilides.

Le vitiligo, en effet, doit être défini avec M. Bazin : « une affection dyschromateuse de la peau, essentiellement constituée par des taches qui résultent de l'inégale répartition du pigment cutané sur les points où elles siégent. » Il peut être congénital ou acquis. Incurable dans le premier cas, il peut disparaître dans le second. Or les caractères que nous avons assignés à la syphilide pigmentaire de M. Hardy se rapportent exactement à la description du vitiligo acquis. Le terrain syphilitique constitue seulement une simple prédisposition à cette affection.

Quoi qu'il en soit, c'est une lésion rare, que peu de praticiens ont l'occasion d'observer, qui résiste des années entières au traitement spécifique ou autre, et guérit le plus souvent sans qu'il soit possible de reconnaître les causes de sa disparition. Il n'est pas rare de la voir reparaître plusieurs fois chez le même individu à des intervalles de temps variables, comme l'un de nous a pu en observer un cas à l'hôpital Saint-Louis,

sur une jeune fille qui vit, en quatre ans, cette affection paraître et disparaître trois fois successives.

SYPHILIDE PUSTULEUSE.

Elle est caractérisée par de petites tumeurs arrondies, remplies par un liquide opaque ; ce liquide, en se desséchant, donne naissance à des croûtes au-dessous desquelles on trouve des excoriations, des cicatrices ou des ulcérations plus ou moins profondes.

La syphilide pustuleuse est la forme que l'on trouve le plus souvent décrite dans les syphiliographes qui ont écrit peu de temps après l'épidémie du xve siècle ; elle avait alors une gravité qu'on lui retrouve rarement aujourd'hui : *Non solum carnes sed ossa etiam ipsa pustulæ inficiebant*, dit Fracastor.

Cette syphilide se montre ordinairement sans prodromes ; à peine observe-t-on, dans quelques cas exceptionnels et dans certaines formes précoces, un peu de fièvre et de malaise général.

Des taches rouges, d'autres fois des saillies boutonneuses, voilà les premiers signes qu'on observe ; sur ces taches ou ces boutons se développent bientôt des pustules formées par le soulèvement de l'épiderme ; ces pustules sont discrètes ou confluentes, isolées ou agglomérées, localisées ou généralisées, grosses ou petites, avec ou sans ombilication. Au début, un cercle rouge, sans signification, les limite ; plus tard, il est remplacé par une auréole sombre ou cuivrée, dont l'existence est loin d'être constante. Le liquide contenu

dans les petites cavités purulentes ne se résorbe pas, il se concrète, et donne naissance à des croûtes dont l'épaisseur et la teinte sont variables avec la forme élémentaire, et rarement assez caractéristiques pour faire reconnaître à première vue la nature de l'éruption.

A la chute des croûtes, on trouve tantôt des saillies papuleuses, tantôt des cicatrices toutes formées, souvent des ulcérations plus ou moins profondes et en rapport avec la variété pustuleuse à laquelle elles succèdent.

Cette éruption du reste, comme les autres syphilides, n'est le siége d'aucun symptôme soit local, soit général; comme elles encore, elle est ordinairement accompagnée de différents accidents constitutionnels; avec les variétés précoces, on observe d'autres syphilides, des plaques muqueuses, des engorgements ganglionnaires, etc.; avec les formes tardives, ce sont des affections du tissu cellulaire, des os, des viscères : dans le premier cas, des accidents secondaires; dans le second, des symptômes tertiaires.

Nous admettons deux espèces de syphilides pustuleuses, une forme précoce et une forme tardive.

1° *Syphilide pustuleuse précoce.* Elle est superficielle et peut se montrer sous plusieurs formes élémentaires diverses qui n'ont d'importance qu'au point de vue du diagnostic.

a. *Syphilide acnéiforme* (*syphilide pustuleuse lenticulaire* de M. Bazin). C'est la forme la plus rare; elle a été

ainsi dénommée par M. Cazenave, qui en a donné une bonne description. Elle débute par des saillies boutonneuses surmontées d'une ampoule purulente acuminée. La pustule a une durée assez longue, et lorsqu'elle s'ouvre, elle donne issue à un liquide séro-purulent qui, en se concrétant, produit des croûtes au-dessous desquelles on retrouve, après leur chute, les boutons du début qui formaient la base des pustules, boutons dont la teinte était rougeâtre alors, et qui, à cette époque, présentent une couleur sombre ou cuivrée caractéristique. La lésion, à ce moment, ressemble à la papule; aussi l'erreur est-elle fréquente lorsqu'on n'a pas assisté aux diverses phases de la maladie.

On rencontre surtout cette variété de syphilide à la face et au cou, mais il n'est pas rare de l'observer sur le tronc et les membres, même les membres inférieurs; elle est discrète ou confluente, et laisse après elle de petites cicatrices blanches et arrondies.

b. *Impétigo syphilitique* (*syphilide pustuleuse miliaire* de M. Bazin). Cette variété est caractérisée par des pustules isolées ou réunies en groupes circonscrits reposant sur des surfaces d'un rouge sans caractère, auxquelles succèdent des croûtes jaunâtres qui recouvrent des ulcérations superficielles. Cette forme ne se distingue en rien de l'impétigo vulgaire, et on est obligé d'arriver au diagnostic à l'aide seul des symptômes antérieurs et concomitants.

Cependant, à la chute des croûtes, l'affection se caractérise; alors en effet on trouve des taches cicatricielles cuivrées, avec dépression centrale, qui devien-

nent à la longue d'un blanc mat. On n'observe rien de semblable dans l'impétigo ordinaire.

L'impétigo se rencontre surtout à la tête, et en particulier sur le cuir chevelu, mais on peut l'observer aussi sur les autres régions du corps.

c. *Ecthyma syphilitique superficiel* (*syphilide pustuleuse phlyzaciée* de M. Bazin). Des taches rouge sombre sur lesquelles se développent des pustules légèrement enflammées, quelquefois ombiliquées à leur sommet, comme celles de la variole, caractérisent cette variété.

A ces pustules succèdent des croûtes peu épaisses, noirâtres, qui, à leur chute, laissent des taches violacées longues à disparaître.

L'ecthyma superficiel siége surtout sur les membres inférieurs.

2° *Syphilide pustuleuse tardive.* Sous ce nom nous réunissons les variétés décrites par les auteurs sous les dénominations d'*ecthyma profond* et de *syphilide pustulo-crustacée.* Quelle que soit en effet la forme initiale de l'altération cutanée, la marche ultérieure de l'affection est la même; qu'elle débute par une pustule isolée ou un groupe de pustules, par une bulle ou une vésico-pustule, elle donne toujours naissance à une ulcération à caractères particuliers, recouverte de croûtes spéciales, ulcération dont la marche sera la même dans tous les cas. Cette forme cutanée se distingue des précédentes par des ulcérations profondes et des croûtes rocheuses.

La première période de l'affection échappe souvent

à l'œil de l'observateur. Dans les cas où l'on peut assister à la naissance de la lésion, on constate tantôt une pustule ecthymateuse, tantôt un groupe impétigineux ou bien une bulle du rupia ; quelle que soit la lésion élémentaire, elle repose sur une surface rouge sombre. Jusque-là, on le voit, l'aspect de la syphilide profonde diffère peu de la forme superficielle, mais bientôt la scène change ; les tumeurs purulentes ou muco-purulentes se rompent, le liquide qu'elles contiennent se concrète en croûtes épaisses d'un jaune verdâtre ou noires ; un nouveau soulèvement épidermique se fait à la circonférence ; à sa rupture, une nouvelle croûte vient s'ajouter à la première, et ainsi de plusieurs successivement, en même temps que l'ulcère s'étend en largeur ; d'autres fois, au contraire, les croûtes s'ajoutent seulement à la face interne des premières, et l'ulcère creuse en profondeur ; plus souvent enfin la croûte croît à la fois en épaisseur et en étendue.

Les croûtes imbriquées, formées de plusieurs couches superposées, représentent un cône dont le sommet, produit par la plus ancienne, est au centre, qui est saillant, bombé, tandis que les bords sont déprimés. Elles sont dures, verdâtres, rugueuses ; on les a comparées, avec raison, à certains coquillages, à cause des saillies qui hérissent leur surface ; leurs bords sont enchâssés dans la circonférence des ulcères qu'elles recouvrent, ou bien elles débordent la plaie, qui quelquefois la dépasse en étendue. La pression exercée sur elles fait sourdre le pus sur leur circonférence. Enle-

vées, elles se reproduisent en quelques heures. Sous ces croûtes on trouve des ulcérations plus ou moins profondes, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, inégal, baigné par un pus épais.

Lorsque la maladie tend vers la guérison, les croûtes deviennent sèches et tombent; si on les fait disparaître artificiellement, elles cessent de se reproduire; en même temps, le fond de l'ulcère bourgeonne : dans le premier cas, la chute des croûtes met à découvert une surface rouge sombre, violacée, qui devient ensuite brunâtre, fournit pendant longtemps une abondante exfoliation épidermique, et laisse après elle une cicatrice d'un blanc mat, déprimée : dans le second cas, la cicatrisation se fait par bourgeonnement, comme dans une plaie ordinaire.

Le diagnostic de la syphilide pustuleuse doit être fait et pour la forme précoce et pour la forme tardive.

Les variétés de la forme précoce sont souvent confondues avec les lésions vulgaires de la peau qui portent les mêmes noms; on les distinguera aux caractères suivants :

a. L'acné de cause vulgaire siége à la face ou sur la partie supérieure du tronc; presque jamais on ne rencontre cette affection sur les membres inférieurs. L'éruption a lieu par poussées successives; chaque bouton acnéique est remplacé par une cicatrice plissée et allongée. L'acné syphilitique se montre indistinctement sur les membres inférieurs ou sur les autres régions du corps; la rupture de la pustule laisse une

saillie papuleuse à laquelle succède une cicatrice parfaitement arrondie, d'un blanc mat.

b. L'impétigo spécifique est difficile à reconnaître. On pourra arriver au diagnostic à l'aide des symptômes antérieurs et concomitants; ces derniers manquent rarement. Enfin les cicatrices qui se montrent à la suite sont d'une grande importance, car elles n'existent pas dans les formes vulgaires.

c. L'ecthyma ordinaire est douloureux, entouré d'un cercle inflammatoire manifeste.

d. La gale en a quelquefois imposé à un praticien inexpérimenté; mais le siége d'élection de l'affection parasitaire, entre les doigts, sur le ventre et les fesses, sur la verge chez l'homme, au mamelon chez la femme, la présence des acares, l'existence de sillons caractéristiques, permettront toujours d'éviter l'erreur.

e. La mentagre parasitaire a pour siéges exclusifs les régions occupées par le système pileux développé. On apprend que l'affection a commencé par des cercles d'herpès circiné, on retrouve même souvent ces cercles ou les plaques pityriasiques de la seconde période; et puis l'altération spéciale des poils dont la couleur est altérée, dont plusieurs sont cassés et engaînés, caractérise suffisamment la teigne tonsurante. Au besoin, du reste, le microscope lèverait tous les doutes.

La syphilide pustuleuse profonde doit être distinguée des scrofulides ulcéreuses. Or les ulcères scrofuleux sont irréguliers, à bords décollés, à fond blafard et anfractueux; les croûtes qui les recouvrent sont plus humides, moins épaisses; ils sont entourés d'un cercle

violacé, livide; les cicatrices qui leur succèdent sont saillantes, hypertrophiques. Ces caractères, on le voit, diffèrent essentiellement de ceux que nous avons assignés aux syphilides ulcéreuses.

L'ecthyma vulgaire présente rarement les caractères des syphilides profondes, et l'on peut l'éliminer *a priori*.

La syphilide pustuleuse a une marche lente comme les autres lésions de la vérole ; seulement la chronicité est beaucoup plus marquée pour les formes tardives, qui persistent souvent pendant de longs mois, tandis que les variétés précoces cèdent ordinairement au traitement en quelques semaines. Elles se rencontrent sur toutes les régions, mais plus fréquemment à la tête et sur les extrémités inférieures. Cette forme est toujours grave ; la syphilide profonde décèle une grande activité du virus et doit faire redouter la cachexie. C'est une des lésions syphilitiques qui récidivent le plus souvent, comme l'a fait remarquer M. Bassereau.

SYPHILIDE BULLEUSE.

Les affections bulleuses, comme on le sait, se présentent sous deux formes distinctes : le pemphigus et le rupia. Le premier, caractérisé par des bulles renfermant un liquide séreux, et qu'on peut comparer aux soulèvements épidermiques qui suivent l'application des cantharides sur la peau ; le second, représenté par des ampoules qui se remplissent d'un pus sanguinolent.

Le pemphigus syphilitique chez l'adulte est rejeté par

la plupart des auteurs ; on en a bien rapporté quelques observations, mais elles ne sont pas très-probantes.

Alibert admettait une syphilide pustulente pemphygoïde. MM. Ricord et Melchior Robert rapportent chacun deux observations de pemphigus syphilitique. Vidal en a vu trois cas. M. Bassereau relate deux cas de pemphigus observés chez l'adulte ; il s'appuie surtout, pour admettre la spécificité de ces deux faits, sur la présence d'autres affections syphilitiques, et sur l'influence exercée par le traitement mercuriel ; mais il pouvait bien y avoir là une simple coïncidence, et le pemphigus aigu, qu'il ne faut pas confondre avec la forme chronique, guérit fort bien sans traitement, et même quelquefois en dépit de la thérapeutique la plus irrationnelle.

M. Bazin, auquel nous laissons toute la responsabilité de son opinion, est disposé à croire que les deux observations mentionnées par l'auteur que nous venons de citer doivent être rapportées à l'arthritis. On sait, en effet, que ce savant dermatographe admet un pemphigus arthritique, et que, dans cette affection, les bulles siégent particulièrement sur les extrémités supérieures et inférieures ; or, dans les deux cas de M. Bassereau, les bulles étaient limitées aux mains et aux pieds.

Nous rejetons donc, avec la plupart des auteurs modernes, le pemphigus syphilitique des adultes ; nous verrons, en faisant l'histoire de la syphilis chez les nouveau-nés, ce que l'on doit penser du *pompholix neonatorum*.

Le *rupia syphilitique* répond à la syphilide pustulo-crustacée des auteurs : nous avons déjà fait son histoire

en grande partie au chapitre de la syphilide pustuleuse profonde; nous n'aurons donc que quelques mots à en dire. Parfaitement décrit par les syphiliographes du XVIe siècle, qui désignaient l'éruption qui le caractérise par le nom de pustules à croûtes, semblables à des coquilles d'huîtres (*pustulæ ostracosæ, ostreosæ*), le rupia débute par des taches rouges, un peu douloureuses, au niveau desquelles l'épiderme est bientôt soulevé par de la sérosité qui ne tarde pas à se troubler. Les bulles sont en nombre variable, quelquefois on n'en trouve que deux ou trois sur toute la surface cutanée, d'autres fois elles sont beaucoup plus nombreuses, elles peuvent même recouvrir presque toute la peau. Au bout de deux ou trois jours les bulles se rompent, et le liquide puro-sanguinolent qu'elles contiennent se concrète en croûtes épaisses, adhérentes, d'un jaune verdâtre. Les croûtes augmentent rapidement d'épaisseur par l'adjonction incessante de nouvelles concrétions; elles sont inégales, rocheuses, débordant l'ulcération qu'elles recouvrent ou débordées par elles; une auréole cuivrée les entoure.

Au-dessous de ces croûtes, on trouve des ulcérations profondes, à fond grisâtre, à bords taillés à pic, qui, dans certains cas, gagnent de proche en proche et prennent la forme serpigineuse. Lorsque ces ulcères tendent vers la guérison, ce qui n'a lieu ordinairement qu'après un temps assez long, leur sécrétion diminue, leur fond bourgeonne, les croûtes se sèchent et tombent pour ne plus se reproduire, laissant à découvert une plaie rosée et saillante.

La cicatrice se forme d'abord rouge violacé, puis sombre, cuivrée, et fournissant pendant un certain temps des squammes épaisses. Peu à peu la teinte cuivrée disparaît, les squammes deviennent de plus en plus fines, et au bout d'un temps variable, mais toujours long, on trouve une cicatrice blanchâtre, fortement déprimée, indélébile.

Le diagnostic du rupia syphilitique présente souvent de grandes difficultés; le rupia simplex et surtout le rupia proéminent ont avec lui la plus grande ressemblance.

Les symptômes antérieurs et concomitants, le cercle cuivré qui entoure les croûtes, l'épaisseur de ces dernières, leur couleur verdâtre, les ulcères profonds qu'elles recouvrent, enfin les cicatrices blanches et déprimées qui en sont la trace indélébile, voilà les caractères qui serviront à établir la nature de l'affection. Il faut prendre garde d'attribuer indistinctement au virus vérolique le rupia qui peut survenir chez des sujets infectés, car d'après les observations de Samuel Plumbe (1), le traitement mercuriel est nuisible en pareil cas, probablement en favorisant l'état cachectique qui prédispose au rupia.

On trouvera les autres points du diagnostic longuement traités au chapitre de la syphilide pustuleuse, nous ne saurions mieux faire que d'y renvoyer le lecteur.

Le rupia se rencontre sur n'importe quelle région

(1) Gibert, Syphilis et maladies de la peau; Paris, 1860.

de la peau, mais on l'observe surtout sur les membres inférieurs. La marche du rupia syphilitique est essentiellement chronique, il se prolonge souvent pendant plusieurs mois ; il n'est même pas très-rare de le voir résister au traitement pendant des années entières. Cependant il finit par céder dans la majorité des cas, laissant des cicatrices profondes, traces indélébiles de la maladie.

Le pronostic est toujours grave. Le rupia annonce une constitution faible, détériorée. Symptôme tardif de la syphilis, il s'accompagne dans beaucoup de circonstances d'autres lésions avancées, telles que de gommes, d'affections des os, et même des viscères.

L'un de nous a recueilli à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Cullerier dont il était alors l'interne, une observation de rupia généralisé qui existait depuis plusieurs années, et sur lequel aucun traitement n'avait eu de prise. D'autres symptômes graves l'accompagnaient : la charpente du nez avait complétement disparu, aussi cet organe était-il horriblement déformé. Une vaste ulcération, qui commençait au niveau du V lingual, s'étendait jusqu'aux cordes vocales en partie détruites ; cette dernière lésion amena un engorgement énorme des replis muqueux glottiques, et au moment où le malade, plongé depuis plusieurs mois dans la cachexie la plus profonde, commençait à revenir à la vie, il périt tout à coup asphyxié par suite de l'obstacle apporté au passage de l'air par l'œdème de la glotte, conséquence de l'ulcération glosso-laryngienne.

SYPHILIDE TUBERCULEUSE.

La syphilide tuberculeuse est caractérisée par de petites tumeurs pleines, arrondies, superficielles ou profondes, d'un rouge sombre ou cuivré, tumeurs qui peuvent se terminer par résolution ou bien s'ulcérer, et, dans ce dernier cas, se recouvrent de croûtes épaisses qui cachent des ulcérations taillées à pic.

Les auteurs reconnaissent plusieurs variétés de syphilides tuberculeuses : la syphilide tuberculeuse disséminée, la syphilis tuberculeuse en groupes, la syphilis tuberculeuse ulcéreuse, et la syphilis tuberculeuse rongeante, qui se subdivise en serpigineuse et perforante.

Nous admettrons, comme pour la syphilide pustuleuse, une forme précoce et une forme tardive. La première appartient aux accidents secondaires et répond à la syphilide tuberculeuse disséminée ; la seconde est une lésion éloignée et comprend toutes les autres variétés.

1° *Syphilide tuberculeuse précoce.* — Elle est caractérisée par de petites saillies du volume d'un pois environ, lisses, rouge cuivré, recouvertes de squammes fines, saillies indolentes avec absence complète de toute réaction locale.

Ces petites tumeurs cutanées offrent la plus grande ressemblance avec les papules, ressemblance telle qu'on a pu considérer cette éruption comme une simple variété de la syphilide papuleuse. Ainsi M. Bazin, dans

ses remarquables leçons sur les syphilides, la décrit sous le nom de *syphilide papulo-tuberculeuse*, et M. Hardy est tenté de ne voir dans cette affection qu'une forme papuleuse exagérée.

Cette syphilide est ordinairement disséminée sur une grande étendue de la peau. Les tubercules, isolés les uns des autres, sont souvent entremêlés d'autres lésions élémentaires et en particulier de papules ; secs, lisses, ne s'ulcérant jamais, ils se recouvrent de squammes, à la chute desquelles on trouve souvent le liséré épidermique auquel Biett attachait tant d'importance pour le diagnostic. Au bout d'un temps variable, les tubercules s'affaissent et finissent par disparaître, en laissant à leur place une tache violacée d'abord, puis brunâtre, qui est elle-même remplacée par une dépression suite d'une résorption interstitielle ; il y a pour ainsi dire cicatrice sans ulcération, mais cette dépression n'est pas persistante.

Ce dernier caractère à lui seul suffit pour faire rejeter de la classe des papules cette éruption ; car jamais, avec ces lésions, on ne retrouve la perte de substance sensible que nous venons de signaler.

La syphilide tuberculeuse disséminée est une forme précoce ; aussi retrouve-t-on avec elle la plupart des lésions secondaires que nous avons indiquées comme compagnes ordinaires des éruptions hâtives de la vérole.

Sa marche, sa durée, son pronostic, donnent lieu aux mêmes considérations que pour les autres syphilides résolutives.

2° *Syphilide tuberculeuse tardive.* — Dans cette forme, les tubercules sont rarement isolés ; ils sont au contraire disposés par groupes.

D'après la marche de ces tubercules, suivant qu'ils restent secs ou qu'ils s'ulcèrent, que l'ulcération reste stationnaire on s'étend soit en surface, soit en profondeur, on a établi plusieurs variétés secondaires que nous allons successivement examiner.

a. Syphilide tuberculeuse en groupes (*syphilide tuberculeuse circonscrite* de M. Bazin). C'est la variété la plus commune. A la suite d'un excès, d'une grande fatigue, d'autres fois sans cause évidente, on voit se développer sur un point du corps une saillie tuberculeuse ; à côté, en apparaissent bientôt d'autres. Ainsi se trouve formé un groupe. Plus rarement on voit naître tout d'un coup un groupe entier.

Quel que soit le début, les tubercules, dont la grosseur varie d'un pois à une petite noisette, forment des groupes arrondis plus ou moins étendus : ici ce sera un cercle complet, là un segment de cercle ; ailleurs les tubercules seront disposés en fer à cheval, sous forme d'*S* italique, etc. Le centre est sain, et la circonférence sur laquelle sont les tubercules forme une saillie plus ou moins considérable ; elle pourra représenter un bourrelet continu si les tubercules empiètent les uns sur les autres, ou, au contraire, offrir des parties de peau saine lorsque ces lésions seront isolées.

L'aire du cercle s'agrandit par l'apparition de nouveaux tubercules qui prennent naissance en dehors des premiers, en même temps que ceux-ci disparaissent en

laissant des cicatrices indélébiles qui permettent toujours de retrouver leurs traces. Plusieurs poussées peuvent avoir lieu de cette façon et le cercle acquérir des dimensions considérables.

Aucun symptôme précurseur n'annonce le début de cette lésion, aucune réaction locale ni générale ne l'accompagne.

Les tubercules sont lents à se développer; ils ont une durée toujours longue. Ils se terminent ordinairement par résolution et laissent après eux des cicatrices d'un blanc mat qui ne disparaissent jamais.

C'est à cette variété qu'appartiennent la *syphilide pustulente racémiforme* d'Alibert et la *syphilide granuleuse* de M. Gibert. Cette dernière est caractéristique. Fort bien décrite par l'auteur que je viens de citer, elle est représentée par de petites saillies croûteuses, séparées par des sillons et reposant sur une surface végétante. Ces petites saillies tuberculeuses siégent autour des narines et au niveau des commissures labiales, où elles se continuent souvent avec des plaques opalines de la bouche.

b. La *syphilide tuberculeuse ulcéreuse* est la seconde forme de l'espèce profonde. Elle débute par des tubercules, disposés en groupes arrondis comme dans la forme précédente, ou bien au contraire isolés. Ils sont plus volumineux; d'abord indolents, ils s'enflamment bientôt d'une façon subaiguë; un point purulent se montre à leur sommet; le liquide ne tarde pas à se concréter en une croûte épaisse, verdâtre, dont l'accroissement est rapide (*syphilide tuberculo-crustacée*

ulcéreuse). Si on détache cette croûte à l'aide de tractions ou si on la fait tomber au moyen de cataplasmes, on la voit se reproduire avec une rapidité désespérante. Elle s'accroît par le même mécanisme que dans la syphilide pustuleuse.

Au-dessous d'elle, on trouve une ulcération profonde, à fond grisâtre, inégal, baigné par un pus épais, à bords taillés à pic. Cette ulcération peut rester stationnaire ou s'accroître très-lentement et dans tous les sens à la fois. Mais, dans d'autres circonstances, dans des cas heureusement assez rares, on la voit s'étendre de proche en proche ou creuser profondément les tissus; on a alors affaire à une dernière variété, la syphilide rongeante, qu'il nous reste à examiner.

c. La *syphilide tuberculeuse rongeante* débute tantôt par des tubercules, tantôt par des pustules. L'ulcération qui succède à ces lésions élémentaires, au lieu de suivre la marche précédente, a une grande tendance à s'étendre soit en surface soit en profondeur.

Lorsque l'ulcère gagne de proche en proche, en restant superficiel, ou au moins, en ne dépassant pas la peau, on a affaire à la syphilide serpigineuse. On voit alors la plaie guérir sur un point et envahir de nouvelles régions; elle s'avance ainsi par une de ses extrémités, en suivant un trajet plus ou moins irrégulier, en contournant un membre, une articulation, affectant la forme d'une bande circulaire ou spiroïde; souvent, en effet, la syphilide serpigineuse conserve la forme arrondie de la lésion primordiale; mais ce fait est loin d'être constant comme l'ont prétendu certains auteurs.

L'ulcération laboure ainsi les tissus dans une étendue plus ou moins considérable; des croûtes épaisses, inégales, la recouvrent. A leur chute, on trouve souvent une cicatrice toute formée, violacée et irrégulière.

L'extension ne se fait pas toujours par une seule ulcération qui envahit de proche en proche par une de ses extrémités à mesure qu'elle guérit par l'autre. Dans des cas peut-être plus fréquents, on voit, à mesure qu'une ulcération se cicatrise, se développer à côté de nouvelles pustules ou de nouveaux tubercules auxquels succèdent des ulcérations qui suivent exactement la même marche que la précédente, et des poussées successives se font ainsi pendant un temps fort long, quelquefois pendant des années entières, surtout lorsque le traitement ne vient pas arrêter la marche de la maladie.

Au lieu de s'étendre en surface, l'ulcère, dans certains cas, creuse en profondeur, et on le voit alors détruire les aponévroses, les muscles, mettre les os à nu, et donner naissance à des plaies profondes et irrégulières qui laissent après elles des cicatrices hideuses et des difformités repoussantes. La syphilide prend dans ces cas le nom de *perforante*. C'est une forme rare dans nos climats tempérés; on l'observait plus souvent au moment de la grande épidémie du xve siècle.

La syphilide tuberculeuse tardive a été rencontrée sur tous les points du corps, mais elle affecte une prédilection particulière pour certaines régions. On la rencontre souvent à la face, autour des ailes du nez, à la lèvre supérieure; viennent ensuite par ordre de fréquence : la partie postérieure de l'épaule, les extré-

mités inférieures, la région deltoïdienne, le pourtour des articulations où l'on rencontre surtout la variété rongeante.

C'est une syphilide qu'on rencontre assez souvent, mais c'est à tort que M. Cazenave veut en faire la forme la plus fréquente; elle ne vient en effet qu'au second ou au troisième rang.

Sa marche est toujours lente. Livrée à elle-même, elle peut persister pendant 2, 5, 10, 15 ans; soumise à un traitement rationnel, elle ne guérit encore qu'au bout de plusieurs mois. Les récidives ne sont pas rares, elles ont ordinairement lieu sur des points restés indemnes jusque-là.

Elle laisse des cicatrices qui, quelquefois arrondies comme les ulcérations auxquelles elles succèdent, ont quelque chose de caractéristique; mais, le plus souvent, il est impossible de reconnaître leur nature d'une façon certaine.

La syphilide tuberculeuse tardive arrive rarement avant un an après la contagion, si ce n'est dans la syphilide maligne; il est plus fréquent de ne la voir apparaître qu'au bout de 2, 4, 10, 20, 40 ans. Elle appartient à la fois à la période secondaire et à la période tertiaire; c'est un de ces accidents que M. Ricord désigne sous le nom d'*accidents de transition*.

Le diagnostic de la syphilide tuberculeuse doit être fait pour la forme précoce et pour la forme tardive, et les différentes variétés de cette dernière donnent chacune lieu à des considérations particulières, comme nous allons le voir.

a. La syphilide précoce ne peut guère être confondue qu'avec la syphilide papuleuse; elle s'en distingue par ses saillies plus exactement arrondies, moins confluentes, et surtout par les dépressions cicatricielles que les tubercules laissent après eux.

b. La syphilide tuberculeuse en groupes a une physionomie tellement caractéristique qu'elle embarrasse rarement un praticien expérimenté. Dans quelle autre affection, en effet, rencontre-t-on des groupes ainsi circonscrits, de forme circulaire, avec des tubercules pour lésion élémentaire?

Les *cercles*, légèrement papuleux quelquefois, des *affections parasitaires*, ne ressemblent que de loin aux tubercules syphilitiques.

Les *anneaux du psoriasis circiné* sont faciles à reconnaître à leurs squammes épaisses et argentées, à leurs démangeaisons, à leurs siéges d'élection, etc.

Le *lupus tuberculeux* pourrait peut-être être pris pour une syphilide circonscrite sèche dans quelques cas; mais la scrofulide se montre dans le jeune âge, ou si on la rencontre chez l'adulte, on apprend qu'elle a débuté avant l'âge des rapports sexuels le plus ordinairement. Elle siége presque toujours à la face, ses tubercules sont rouge livide, luisant à la surface comme s'ils avaient été recouverts d'une couche de vernis. Les cicatrices sont constantes même lorsqu'il n'y a pas d'ulcération, ulcération qui est la règle.

Lorsque le lupus siége ailleurs qu'à la face, que ses tubercules sont rouge sombre, groupés, le diagnostic présente de grandes difficultés et il faut une grande

attention pour éviter l'erreur. C'est alors que l'on retire de grands avantages de la connaissance des antécédents, des phénomènes concomitants. L'action du traitement spécifique, relativement rapide dans le cas de syphilide, nulle dans la scrofulide, viendra en dernier ressort servir à établir la nature de l'affection.

Quant à la *lèpre*, il suffit pour la reconnaître de se rappeler sa provenance exotique, la couleur de ses éruptions qui est plutôt bronzée que cuivrée, l'insensibilité complète qui existe au niveau des lésions, enfin la chute souvent prématurée des poils; plus tard la déformation de la face, la marche différente de l'affection sur laquelle aucun traitement n'a de prise, suffisent pour établir le diagnostic.

La forme ulcéreuse de la syphilide tuberculeuse doit être distinguée des ulcères scrofuleux, lépreux, cancéreux et farcineux.

Les variétés rongeantes seront différenciées du chancre phagédénique et des scrofulides serpigineuse et perforante.

Les *ulcères scrofuleux* ont une forme irrégulière, des bords décollés, une couleur livide, blafarde; leur fond est anfractueux, souvent recouvert de fongosités saignantes, mollasses; un cercle violacé les limite. L'ulcération est ordinairement unique. A ces signes, on pourra joindre les caractères de la constitution scrofuleuse qui manquent rarement dans ces cas.

Les *ulcères lépreux*, qu'ils aient succédé à des vésicules, des bulles ou des tubercules, présentent une forme irrégulière, des bords minces et taillés à pic; il s'en

exhale un ichor fétide. On retrouve encore ce caractère si important, et commun à toutes les lésions de la lèpre, l'insensibilité, qui est telle qu'on peut toucher, presser ces ulcères sans amener de douleur.

Les *ulcères cancéreux* sont généralement faciles à reconnaître; leurs bords durs et renversés, leur fond grisâtre et sanieux ou bien fongeux et végétant; la fétidité de leur sécrétion, l'engorgement des ganglions qui les accompagne si souvent, permettent rarement le doute. L'ulcération est ordinairement unique. Enfin c'est presque toujours à la face que les chirurgiens ont porté le couteau sur des ulcères dont on aurait pu obtenir une guérison prompte avec quelques grammes d'iodure de potassium.

Les *ulcères de la morve et du farcin*, surtout dans leurs formes chroniques, pourraient induire en erreur. Les circonstances au milieu desquelles vivent les malades, les lésions primitives de la pituitaire dans les cas de morve, l'insuccès habituel de tout le traitement, lèveront les difficultés.

Le *chancre phagédénique* se différencie de la syphilide serpigineuse par les caractères suivants : Il n'y a qu'un ulcère dans l'immense majorité des cas; il a pour point de départ une ulcération des organes génitaux ou un bubon ulcéré de la région de l'aine le plus souvent; il forme une plaie partout continue; le liquide qui s'en écoule est presque séreux, aussi se concrète-t-il rarement en croûtes; ses bords sont décollés, déchiquetés.

On a avancé à tort qu'on n'observait jamais de symptômes syphilitiques concomitants avec le chancre pha-

gédénique ; si c'est la règle, elle présente des exceptions, et l'un de nous (1) a cité plusieurs observations dans lesquelles l'ulcère phagédénique le mieux caractérisé existait concurremment avec les symptômes syphilitiques les moins équivoques.

Pour reconnaître et distinguer des syphilides de même nom, les *scrofulides rongeante*, *serpigineuse* et *térébrante*, on tiendra compte de l'âge du malade, du caractère des ulcérations que nous avons donné plus haut, et des symptômes antérieurs ou concomitants.

Le pronostic de la syphilis tuberculeuse est toujours sérieux, si l'on en excepte toutefois la forme précoce ; cette syphilide, comme la forme pustuleuse tardive, annonce une grande ténacité du virus ; elle détermine facilement la cachexie par sa longue durée ; elle est souvent accompagnée d'autres accidents constitutionnels graves. Enfin elle laisse après elle des cicatrices indélébiles et même dans les variétés rongeantes de véritables difformités.

LÉSIONS DES ANNEXES DE LA PEAU.

Alopécie. — On donne le nom d'alopécie à la chute des cheveux et des poils. Dans la syphilis, cette affection se montre au début et à la fin de l'infection, avec les accidents précoces et avec les accidents tardifs (2).

(1) L. Belhomme; thèse, Paris, 1862.

(2) Sigismond, Remarques sur les apparences morbides des cheveux dans la syphilis (*OEsterreich, Zeitschrift. prakt.* Heilkunde, 185J).

L'alopécie peut être partielle ou générale; dans la syphilis, elle s'étend rarement à tout le système pileux, elle est presque toujours partielle et limitée aux cheveux.

La chute des cheveux a lieu ordinairement d'une façon discrète, c'est-à-dire qu'elle ne se fait pas par plaques qui laisseraient le cuir chevelu à nu dans une étendue plus ou moins grande, comme cela a lieu dans plusieurs autres formes d'alopécie étrangères à la syphilis. La chute se fait uniformément, les cheveux s'éclaircissent, deviennent moins touffus; ils cèdent à la moindre traction.

C'est avec les accidents précoces qu'on observe cette forme d'alopécie dont l'existence est assez fréquente sans être cependant constante. Elle coïncide souvent avec la présence de taches, vésicules ou pustules, dans les cheveux; elle peut se montrer aussi sans être accompagnée de ces lésions. Elle est souvent assez peu abondante pour passer inaperçue des malades qui n'en souffrent aucunement.

A une époque plus avancée de la syphilis, on peut également observer l'alopécie, mais c'est alors un accident des plus rares, ordinairement plus rebelle, et qui a plus de tendance à atteindre les poils. M. Raynaud, de Toulon, a remarqué que dans cette forme, la chute se faisait suivant une ligne courbe ou à tendance circulaire.

Les bulbes pileux ne sont pas gravement atteints en général dans la première forme d'alopécie, et les cheveux repoussent aussi abondants qu'avant leur chute. Il n'en est pas de même dans l'alopécie tardive qui

laisse souvent à sa suite une calvitie plus ou moins étendue.

Pour arrêter les progrès de l'alopécie et favoriser la guérison, on fera couper les cheveux courts, on recommandera d'éviter de les peigner trop souvent. On verra peu à peu la chute s'arrêter, sous l'influence de ces moyens joints à un traitement interne convenablement administré.

Onyxis. — De nos jours, il est assez rare d'observer l'onyxis syphilitique; sur un grand nombre de malades, on rencontre à peine quelques cas.

Cette affection se présente sous deux aspects fort différents qu'on peut distinguer sous les noms de forme humide et forme sèche.

a. *Forme humide.* — La lésion débute par un gonflement douloureux des tissus qui environnent la matrice de l'ongle; au sommet de la partie saillante, apparaît quelquefois une pustule ou une vésico-pustule. Au bout d'un temps variable, les tissus s'ulcèrent, et l'ulcération à fond grisâtre, à suppuration sanieuse et fétide, s'étend de proche en proche, et met la racine de l'ongle plus ou moins largement à découvert. L'ongle tombe bientôt, pour se reproduire, si la maladie a de la tendance vers la guérison ; dans le cas contraire, à sa place, on voit pousser, végéter des saillies fongueuses qui pullulent avec une rapidité désespérante, et dans ce cas, l'affection a souvent une durée de plusieurs semaines et même de plusieurs mois.

b. *Forme sèche.* — Cette variété est plus commune que

la précédente; mais souvent elle passe inaperçue, ou du moins on n'en soupçonne pas la nature. Il n'y a en effet ni gonflement douloureux, ni suppuration, ni ulcération; la sécrétion de la matière cornée unguéale est directement viciée; on observe alors les altérations suivantes dont nous emprunterons la description à l'excellent livre de M. Cazenave (1).

« Tantôt, l'ongle, piqueté dans plusieurs points, devient grisâtre, sec et cassant à son extrémité libre; tantôt, indépendamment de ces altérations, il s'épaissit dans les deux tiers de son étendue; il devient opaque, chagriné, sa surface exfoliée est rugueuse, inégale; et, chose remarquable, il y a ordinairement une ligne de démarcation bien tranchée qui sépare cette partie malade de la partie saine, représentée habituellement par une surface qui commence un peu au delà de la lunule, surface où l'ongle conserve son éclat, son poli, sa couleur. Dans quelques cas cependant, l'altération de structure est générale, et l'ongle est converti en une production cornée, sèche, grisâtre, chagrinée, très-friable. Cette forme, qui était bien connue des anciens, est commune; il est même rare qu'une syphilis existe depuis longtemps sans que les ongles du malade soient plus ou moins altérés. Elle est toujours secondaire. C'est quelquefois le seul symptôme qui traduise une syphilis constitutionnelle. »

L'onyxis peut se montrer sur les ongles des doigts et des orteils; il affecte surtout les premiers. Sa fréquence est loin d'être aussi grande que l'avance M. Ca-

(1) Traité des syphilides. Paris, 1843.

zenave, et sur ce point nous nous éloignons complétement de l'opinion avancée pas cet observateur. Sa durée est toujours longue; l'un de nous a vu à l'hôpital du Midi, dans le service de M. le Dr Cullerier, un cas d'onyxis à forme sèche datant de deux ans, dont le malade eut grand'peine à se débarrasser, bien qu'il suivît un traitement fort régulier.

Le traitement de cette affection est local et général. Localement, on a recours aux émollients dans la forme humide; aux pommades mercurielles dans la variété sèche. Dans les deux cas, on administre concurremment les antisyphilitiques à l'intérieur.

LÉSIONS DES MEMBRANES MUQUEUSES.

1° PLAQUES MUQUEUSES.

Les plaques muqueuses (tubercules plats, tubercules muqueux ou humides, papules muqueuses) sont des lésions du tégument muqueux qui ont la plus grande analogie avec les papules cutanées et qui se montrent ordinairement vers la même époque.

Les plaques muqueuses peuvent affecter trois formes parfaitement distinctes.

1° La plaque muqueuse proprement dite, qui apparaît sous la forme d'une élevure papuleuse à surface presque unie, à contour ordinairement régulier, est de couleur un peu plus foncée que la muqueuse environnante; elle suppure abondamment et le muco-pus qui

en provient a une odeur nauséabonde spéciale qui suffirait presque seule à établir le diagnostic. Elle est très-rarement isolée, elle s'accompagne le plus souvent d'autres plaques muqueuses et de papules cutanées.

C'est là la forme la plus ordinaire de la plaque muqueuse. Elle siége principalement, chez l'homme, au pourtour du gland, au scrotum; et chez la femme, aux organes génitaux externes; on l'observe dans les deux sexes à la région anale, et chez les enfants nouveau-nés, à l'ombilic.

La plaque muqueuse, si elle n'est pas combattue par un traitement approprié, peut s'hypertrophier; nous avons vu bien souvent, chez des gens qui n'avaient encore été soumis à aucun traitement, des papules formant jusqu'à 2 ou 3 centimètres de saillie au-dessus des tissus environnants et ayant une surface de plusieurs centimètres de diamètre. Elles forment une masse fongueuse qui s'ulcère souvent par le frottement. La sécrétion qu'elles fournisssent est fort abondante, et les gens qui en sont atteints, n'ayant, pour la plupart, aucun soin de propreté, l'odeur qu'elles répandent est infecte.

C'est surtout à l'anus et aux grandes lèvres que les papules muqueuses atteignent le volume le plus considérable.

Le traitement mercuriel général, les cautérisations légères ou simplement, dans certains cas légers, les instillations de poudre inerte comme le sous-nitrate de bismuth, suffisent presque toujours à avoir raison des plaques muqueuses de cette première forme, mais sont

le plus souvent impuissants contre la forme hypertrophique ; on est parfois obligé, dans ces cas, d'avoir recours soit à l'excision avec des ciseaux courbes, soit aux] cautérisations profondes avec le caustique de Vienne ou le chlorure de zinc.

2° Une deuxième forme, à laquelle on peut à la rigueur refuser le nom de papule muqueuse et à laquelle nous donnerons le nom de forme exanthématique, a été fort bien décrite par M. A. Fournier dans sa thèse inaugurale que nous avons déjà si souvent citée. La lésion, dit-il, consiste en une ulcération superficielle sans papule, sans élevure primitive; cette ulcération entame à peine le derme muqueux qui est plutôt dénudé que véritablement érodé. On dirait le plus ordinairement une desquammation épithéliale, tant est superficielle la lésion.

La région où nous avons le plus fréquemment rencontré cette forme de plaques, c'est la vulve ; elle coexiste plus souvent que la première forme avec les syphilides cutanées.

Nous l'avons vue dans bien des cas se transformer soit en papule véritable, soit encore en ulcération dite secondaire ; dans d'autres cas encore elle se recouvre d'une pseudo-membrane et rentre dans la diphthérite syphilitique que nous décrirons tout à l'heure.

3° Une troisième forme de la plaque muqueuse (forme maculeuse), c'est la variété à laquelle M. Bassereau a donné le nom de plaque muqueuse opaline. C'est la plaque muqueuse de la première forme, à saillie très-peu accusée, recouverte d'une pellicule blanchâtre, en

tous points semblable à l'eschare légère produite par la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au 20e; souvent c'est une simple tache, sans saillie papuleuse. Cette pellicule, ou plutôt cette coloration particulière n'ont pas de rapport, comme nous le verrons bientôt, avec la fausse membrane de la diphthérite.

On rencontre surtout les papules opalines aux amygdales, sur les bords de la langue, à la voûte du palais, à la face interne des lèvres, au col utérin.

Il est rare qu'un malade soit atteint d'une seule plaque muqueuse; on en observe presque toujours un certain nombre sur le même sujet. Quant à leur siége le plus habituel, c'est l'anus et la gorge chez l'homme et la vulve chez la femme. Nous allons du reste citer à ce sujet deux statistiques dont les chiffres sont probants.

Statistique de MM. Davasse et Deville portant sur 186 *femmes.*

Plaques muqueuses	siégeant	à la vulve	174
—	—	à l'anus	59
—	—	au périnée	40
—	—	aux fesses et aux parties internes et supérieures des cuisses	38
—	—	aux amygdales	19
—	—	au nez	8
—	—	à la langue	6
—	—	aux orteils	5

Statistique de M. Bassereau portant sur 130 *hommes.*

Anus	110
Amygdales	100

Scrotum	66
Bouche, lèvres	55
Gland et face interne du prépuce	28
Voile du palais	27
Langue	18
Piliers du voile du palais	17
Face interne des joues et des lèvres	11
Dans les espaces interdigitaux des pieds	11

Les plaques muqueuses qui siégent aux commissures des lèvres, sur les surfaces contiguës des orteils ou dans l'angle interdigital, offrent très-souvent la forme d'une fissure; cela n'a rien d'étonnant et cette forme est due uniquement à la forme de la région qu'elles occupent; nous n'en ferons donc pas une classe à part comme certains auteurs qui les décrivent sous le nom de *plaques muqueuses à fissure.*

Les plaques muqueuses de la vulve s'accompagnent presque toujours, lorsqu'elles sont nombreuses, d'une sorte d'œdème dur, comparable au premier degré de l'éléphantiasis et qui persiste pendant un certain temps après leur guérison. Lorsqu'elles siégent à la face interne des petites lèvres, elles se correspondent exactement ; les anciens auteurs leur avaient donné dans ce cas le nom de *pustules d'inoculation.* Cette dénomination est tout à fait impropre, car la plaque muqueuse ne s'inocule pas au sujet qui en est atteint. On ne peut se rendre compte de ce curieux phénomène que par l'irritation déterminée par la sécrétion des plaques muqueuses qui excorie les points avec lesquels elles sont en contact et donne lieu à une poussée locale du virus syphilitique.

Les plaques muqueuses s'accompagnent, lorsqu'elles sécrètent abondamment, d'un prurit quelquefois insupportable ; dans quelques cas rares, elles déterminent une douleur vive et tous les symptômes d'une réaction inflammatoire aiguë.

Le plus souvent, la plaque muqueuse débute par une rougeur, une congestion locale de la muqueuse, l'épiderme se soulève, la sécrétion s'établit, et la saillie papuleuse s'accuse chaque jour plus nettement. Dans quelques cas très-rares, la plaque muqueuse succède *in situ* au chancre infectant. Nous avons déjà dit que cette transformation, si bien étudiée par MM. Davasse et Deville, s'observe en définitive fort rarement.

La plaque muqueuse naissante peut être confondue avec le chancre infectant ; mais on pourra facilement éviter cette erreur en examinant avec soin le malade, qui, dans le cas de plaque muqueuse, présentera quelques phénomènes concomitants, tels que roséole, angine, papules cutanées, etc. On réfléchira, de plus, que la plaque muqueuse ne s'accompagne jamais d'induration, et très-rarement d'adénopathie, surtout dans les cas où il y a récidive. S'il s'agit d'une plaque muqueuse opaline, le diagnostic sera plus facile encore, car la fausse membrane du chancre infectant, relativement épaisse, entourée d'une aréole d'un rouge vif, ne ressemble en rien à la teinte grisâtre uniforme de la plaque muqueuse.

Le chancre simple a moins de rapports d'aspect avec la plaque muqueuse; au lieu de faire saillie, il est creusé, taillé à pic, il est inoculable au sujet qui en

est porteur ; en un mot, l'erreur n'est guère possible.

Le diagnostic des plaques muqueuses avec les ulcérations secondaires (1) et la diphthérite syphilitique est toujours difficile, ainsi que nous le verrons bientôt. Au reste, la confusion entre ces divers accidents n'a qu'une importance très-secondaire, puisque le même traitement doit leur être opposé.

Il arrive fréquemment que l'on confond l'hypertrophie des plis radiés de l'anus avec les plaques muqueuses ; on ne doit pas oublier que cette hypertrophie est fréquente chez les individus sujets aux hémorrhoïdes, et qu'elle peut être facilement distinguée de la plaque muqueuse par l'absence d'ulcération. Nous avons vu bien souvent cependant ces petites tumeurs hypertrophiques, désignées sous le nom de *condylomes*, confondues avec les accidents secondaires de l'anus.

La plaque muqueuse laisse après elle une cicatrice légèrement gaufrée, d'une couleur un peu moins foncée que celle des tissus environnants ; cette cicatrice persiste pendant longtemps, on peut en retrouver les traces cinq ou six mois après la disparition complète de la lésion.

M. le Dr Bazin professe, à l'égard de la plaque muqueuse, des idées toutes particulières. Pour lui, la plaque muqueuse est une affection exclusive à la syphilis, c'est-à-dire une espèce morbide dont on ne retrouve l'analogue dans aucune autre maladie. Les

(1) Nous décrirons les ulcérations secondaires à propos de l'angine syphilitique.

caractères véritablement spéciaux qu'elle présente ne seraient pas dus, comme on le croit généralement, à des conditions purement extérieures, mais ils dépendraient de sa nature même. Aussi M. Bazin admet-il, conséquent avec ces principes, que la plaque muqueuse peut se développer à peu près indistinctement sur toutes les parties du système tégumentaire externe. Dans cette manière de voir, un grand nombre de prétendues syphilides papuleuses ne seraient donc autre chose que des éruptions généralisées de plaques muqueuses.

Voici d'ailleurs les caractères principaux assignés par M. Bazin à la plaque muqueuse de la peau : Elle apparaît ordinairement tout à fait au début de la syphilis, et parfois comme symptôme initial; son mode d'évolution diffère essentiellement de celui de la papule. Elle est de forme aplatie, un peu déprimée à sa partie centrale, et limitée à sa circonférence par un bord légèrement saillant. L'épiderme qui la recouvre est mince, d'aspect humide, quelquefois soulevé par un peu de sérosité, qui tantôt se résorbe, et tantôt donne lieu à une mince exfoliation croûteuse; mais elle ne devient pas squammeuse comme la papule, et jamais ne s'entoure d'un liséré épidermique bien caractérisé.

On trouvera du reste cette lésion complétement décrite dans les leçons que M. Bazin a faites cette année, leçons qui seront publiées d'ici à quelques mois (1).

(1) Nous devons ce résumé des opinions du célèbre dermatologue français à l'obligeance de notre excellent ami le Dr L. Guérard.

Le traitement des plaques muqueuses n'offre aucune difficulté; le traitement général, les cautérisations locales avec le nitrate acide de mercure ou le nitrat d'argent triomphent rapidement de cet accident. Lorsque les plaques ont un volume considérable, on peut employer l'excision avec des ciseaux courbes, ou bien encore la cautérisation avec la pâte de Vienne, le crayon de potasse caustique ou le chlorure de zinc. Dans les cas les plus fréquents, lorsque les plaques muqueuses ne sont pas hypertrophiques, il suffit de donner le traitement général au malade qui en est atteint, et de saupoudrer les plaques avec la poudre de calomel ou avec celle de sous-nitrate de bismuth.

La plaque muqueuse est une lésion superficielle qui n'envahit le derme que dans le cas où elle affecte la forme ulcéreuse; ordinairement elle est limitée aux cellules d'épithélium, et elle laisse parfaitement intactes les couches du derme et les glandes situées dans leur épaisseur (1).

2° DE LA DIPHTHÉRITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE.

Dans un mémoire publié par *l'Union médicale* (10 et 15 août 1861) (2), l'un de nous a le premier décrit cette manifestation assez commune de la syphilis secon-

(1) A. Martin et Léger, Recherches sur les appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme (Archives générales de médecine, janvier et février 1862).

(2) De la Diphthérite de la vulve considérée comme accident de la syphilis secondaire, par C. A. Martin, interne à Saint-Lazare.

daire, et dans une thèse soutenue, le 5 février 1862 (1), devant la Faculté de Médecine de Paris, M. Demay de Goustine a étudié avec beaucoup de soin ses formes diverses, son diagnostic, son mode de contagion.

MM. de Graefe, Bassereau, Melchior Robert, Maisonneuve et Montanier, Davasse et Deville, Martellière (2), ont mentionné dans leurs écrits des lésions qui se rapportent parfaitement à l'affection que nous venons de décrire; les citations de ces divers auteurs que M. Demay de Goustine rapporte dans sa thèse prouvent que depuis longtemps les syphiliographes avaient observé la manifestation secondaire que nous allons décrire, mais ils n'avaient fait que la mentionner comme un symptôme isolé qu'ils essayaient tous de rattacher à la plaque muqueuse.

Cet accident est cependant assez fréquent, car sur 274 vénériennes entrées à Saint-Lazare, dans le service auquel l'un de nous était attaché, dans l'espace de quatre mois, on a pu l'observer 15 fois.

La diphthérite symptomatique de la syphilis secondaire consiste le plus ordinairement en une simple rougeur sans saillie de la muqueuse, recouverte d'une plaque pseudo-membraneuse d'un blanc mat, à bords tranchés, très-peu épaisse, assez adhérente, et se reproduisant avec une merveilleuse facilité. Cette fausse membrane, d'étendue variable, dépasse légèrement le niveau de la muqueuse; elle est entourée d'une aréole

(1) De la Diphthérite considérée comme accident secondaire de la syphilis.
(2) De l'Angine syphilitique (Thèses de Paris, 1854).

presque linéaire, d'un rouge bien moins vif que celle qui circonscrit la pellicule du chancre infectant. En général, sous l'influence du traitement, elle se ramollit du centre à la circonférence, et, lorsqu'elle a disparu, elle ne laisse après elle qu'une ulcération superficielle, une simple desquammation épithéliale qui ne tarde pas à se cicatriser.

Tantôt ces fausses membranes sont en assez grand nombre, elles ont alors un très-petit diamètre; tantôt elles forment de larges plaques isolées qui se propagent facilement aux muqueuses, avec lesquelles elles ont un contact direct; aussi est-il rare que l'entrée du vagin n'en présente que d'un seul côté.

Dans certains cas, la muqueuse boursouflée simule autour de la plaque diphthéritique comme des bords taillés à pic; le diagnostic avec le chancre simple peut en être difficile, on est parfois obligé de recourir à l'inoculation pour trancher la difficulté.

La diphthérite n'a pas, comme la plaque muqueuse, d'odeur spéciale qui puisse aider à la diagnostiquer; à la vulve, elle fournit une suppuration très-abondante. Il peut arriver qu'elle coexiste avec les plaques muqueuses, qui d'ordinaire disparaissent plus vite qu'elle sous l'influence du traitement. Dans d'autres cas, ces deux espèces d'accidents secondaires alternent, et dans quelques-unes des observations citées dans le mémoire, on a pu voir que la même malade est venue à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour y être traitée d'abord de plaques muqueuses, puis de diphthérite, et *vice versa*. Nous n'avons pas besoin de dire que cette

affection est presque toujours accompagnée d'autres manifestations de la syphilis secondaire, telles que syphilides érythémateuses ou papuleuses, d'adénopathie inguinale et cervicale, et quelquefois d'angine et de plaques muqueuses buccales.

Nous ne pouvons nous expliquer comment la diphthérite n'avait pas depuis longtemps fixé l'attention, tant ses caractères différentiels avec les autres lésions syphilitiques sont tranchés! Elle ne saurait être confondue avec le chancre infectant, qui repose sur une base indurée, et dont la pellicule est entourée, avons-nous dit, d'une aréole plus large et plus foncée, ni avec la plaque muqueuse, qui elle aussi se recouvre parfois de fausses membranes (*plaque opaline*), mais qui est toujours circonscrite, plus ou moins confluente, fait saillie au-dessus des téguments et a une tendance constante à l'hypertrophie, tandis que la diphthérite n'a pas de forme arrêtée et régulière, tend à envahir les tissus voisins et ne dépasse jamais le niveau de la muqueuse. Elle pourrait, dans certains cas, être prise pour un chancre simple; mais, outre l'inoculation que nous avons indiquée, on a comme éléments de diagnostic les antécédents de la malade et les lésions secondaires concomitantes.

On serait peut-être tenté d'attribuer la lésion que nous venons de décrire à un commencement d'intoxication mercurielle résultant du traitement énergique auquel sont soumis les malades. Cette supposition serait bien vite infirmée par les faits qui ont été cités dans le mémoire : d'une part, des malades n'ayant

subi aucune espèce de traitement général entraient dans le service avec de la diphthérite; de l'autre, cette affection disparaissait comme par enchantement sous l'influence des préparations hydrargyriques, auxquelles il était par conséquent impossible d'en faire remonter la cause.

M. le professeur Robin a bien voulu se charger de l'examen histologique de fausses membranes enlevées à une malade atteinte de diphthérite vulvaire symptomatique de syphilis secondaire. Il nous a remis sur leur structure anatomique la note suivante :

« Fausses membranes fibrineuses; les pellicules, « amollies dans l'eau et dilacérées, ont présenté une « trame de fines fibrilles fibrineuses, parsemées d'une « grande quantité de granulations moléculaires. L'ac- « tion de l'acide acétique a en outre démontré la pré- « sence, dans l'épaisseur de la trame fibrineuse, d'une « petite quantité de globules de pus et de cellules épi- « théliales pavimenteuses. »

On trouve énumérés dans cette note tous les éléments constitutifs de la diphthérite ordinaire, dont l'analyse micrographique a été donnée d'abord par M. Empis (1) et plus tard par M. Isambert (2). La composition et la structure de ces fausses membranes diffèrent notablement de celles des affections *diphthéroïdes* de la vulve, décrites par M. Boussuge (3), et qui renferment toujours, outre ces éléments, des globules de

(1) Archives générales de médecine, 1850.
(2) Archives générales de médecine, 1857.
(3) Thèses de Paris, 1860.

sang et des parasites (algues et vibrions). Elles n'ont pas le moindre rapport avec celles de ces ulcérations prétendues pseudo-membraneuses de la vulve, survenant après les couches ou bien après l'autoplastie vésico-vaginale, ulcérations dont Scanzoni (1), le Dr Chavannes (2), de Lyon, et le Dr Blin (3), nous ont donné des descriptions, et qui ne sont que de simples variétés de gangrène ou de pourriture d'hôpital.

La fausse membrane, dans la *diphthérite* syphilitique, est le résultat d'une sécrétion, c'est un produit de formation nouvelle. Ce produit est-il déterminé par un état particulier de l'organisme, qui chez certains sujets vient compliquer la diathèse, ou bien est-il un effet pur et simple de la diathèse elle-même? Nous devons forcément nous borner à poser cette question que de nouvelles recherches pourront seules faire résoudre. Cette fausse membrane n'a aucun rapport avec la pellicule qui recouvre le chancre induré et que M. Robin a bien voulu aussi examiner. Il l'a trouvée, avons-nous dit, formée entièrement de tissu cellulaire mortifié accompagné d'une certaine quantité de globules de pus.

La diphthérite syphilitique est-elle contagieuse? Nous avons dit déjà que M. Bertherand (4), dans son traité, et plus tard M. Fournier (5), dans sa thèse, ont établi avec juste raison que les accidents secondaires, à forme

(1) Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme. Trad. Paris, 1858.

(2) Thèses de Paris, 1851.

(3) Thèses de Paris, 1855.

(4) Précis des maladies vénériennes. Strasbourg, 1852.

(5) De la Contagion (Thèses de Paris, 1860).

suppurative, étaient surtout contagieux; or l'affection que nous venons de décrire rentre au premier chef dans cette catégorie. D'ailleurs, à défaut d'expérience directe, nous avons eu, dans un des cas qui ont été cités dans le mémoire (1), la preuve à peu près certaine de la facilité de leur transmission.

Nous avons déjà dit que ces accidents disparaissaient assez vite sous l'influence du traitement général mercuriel. Le traitement local ou du moins la cautérisation a produit un effet tout contraire, et dans le plus grand nombre des cas, les fausses membranes s'étendaient et se multiplaient après une ou deux applications de caustique (nitrate d'argent, acide sulfurique mono-hydraté ou nitrate acide de mercure). On a dû renoncer d'une manière à peu près absolue à ce dernier moyen, pour se borner à la médication générale. La durée moyenne du séjour des 15 malades atteintes de diphthérite vulvaire syphilitique, entrées à Saint-Lazare, dans le service de M. Clerc, du 8 janvier au 8 mai 1861, a été de trente-cinq jours; la durée moyenne du séjour des 52 malades atteintes de plaques muqueuses de différentes formes, reçues pendant le même espace de temps, a été de trente-deux jours. Cette légère différence en faveur des secondes doit probablement être attribuée aux tâtonnements thérapeutiques, inévitables chez un médecin qui se trouve pour la première fois en présence d'un symptôme morbide non décrit.

(1) Loc. cit. obs 7).

Nous croyons devoir reproduire les conclusions du mémoire publié dans *l'Union médicale ;* elles renferment quelques considérations sur lesquelles nous aurons à revenir.

1° L'évolution de la syphilis secondaire n'est pas identique chez l'homme et chez la femme; l'ordre de succession des accidents, leur siége et leur fréquence relative, diffèrent d'une manière notable.

2° Le champ principal d'évolution de la syphilis secondaire des muqueuses, chez l'homme, c'est la gorge; chez la femme, la vulve.

3° L'accident secondaire qu'on observe le plus souvent à la vulve, après la papule muqueuse, c'est la diphthérite, lésion non encore décrite par les auteurs.

4° La fausse membrane de la diphthérite vulvaire symptomatique de la syphilis secondaire est un tissu de formation nouvelle, résultat d'une sécrétion, déterminé chez certains sujets par un état particulier de l'organisme qui complique la diathèse, ou bien produit simplement par la diathèse elle-même. On retrouve dans cette fausse membrane tous les éléments anatomiques constitutifs de la diphthérite ordinaire.

5° La diphthérite secondaire n'est pas bornée à la vulve; on l'a observée à la gorge, sur les amygdales, les gencives, les lèvres, le pourtour de l'anus et le col de l'utérus.

6° Cette affection est, selon toute probabilité, contagieuse.

7° Le traitement local paraît impuissant contre la

diphthérite vulvaire, qui disparaît en revanche assez rapidement, sous l'influence d'une médication mercurielle générale.

LÉSIONS DU TUBE DIGESTIF.

Les lésions du tube digestif sont nombreuses; elles présentent certaines particularités suivant les organes où on les rencontre, nous aurons donc à les décrire successivement dans chacune des divisions des organes de la digestion.

1° Bouche. — La bouche est fréquemment le siége d'accidents spécifiques, si fréquemment même, qu'on peut dire qu'il est exceptionnel, si tant est que le fait existe, de voir un malade syphilitique qui ne présente pas, à une certaine époque de la maladie, des lésions plus ou moins étendues de cette cavité. On peut y observer les symptômes de toutes les périodes.

1° *Accident primitif.* Le chancre infectant n'est pas rare dans cette région du corps; on sait que la lèvre inférieure est le lieu d'élection de ce fameux chancre céphalique qui a fait tant de bruit, soulevé tant d'orages il y a quelques années, alors qu'on lui faisait jouer un rôle si grave (1), et dont l'importance dogmatique n'existe plus aujourd'hui qu'à l'état de souvenir.

Il est moins fréquent de rencontrer l'accident pri-

(1) Voir A. Fournier, Étude sur le chancre céphalique, 1858.

mitif sur les autres parties de la cavité buccale, cependant les observations dans lesquelles on l'a vu occuper la langue, la face interne des joues, et surtout les amygdales (1), sans être très-nombreuses, existent en quantité notable.

2° *Accidents successifs.* Les formes précoces sont excessivement fréquentes dans la bouche.

Les plaques muqueuses ont une prédilection toute particulière pour cette cavité. On les rencontre surtout sur les lèvres, au niveau des commissures, des replis; sur les côtés et à la pointe de la langue; sur les piliers de l'isthme et sur les amygdales.

La diphthérite secondaire, décrite pour la première fois, ainsi que nous l'avons dit déjà, comme un accident syphilitique spécial, par l'un de nous, se rencontre quelquefois à la bouche, et en particulier sur les lèvres et sur les amygdales.

Cette cavité est le siége presque constant chez les malades qui n'ont été soumis à aucun traitement, et qui sont au début de la période secondaire, d'un érythème spécial qui est limité le plus souvent à l'isthme du gosier, mais peut occuper d'autres points de la bouche, érythème qui n'est souvent que la première phase des autres lésions. Cet érythème offre quelque chose de particulier dans sa disposition : la rougeur, «si elle est quelquefois diffuse au début, ne tarde pas à se limiter assez exactement à la portion de muqueuse qui entoure l'isthme proprement dit; alors le voile du

(1) Diday, Archives générales de médecine, 1860.

palais conserve son aspect normal, et on voit la rougeur, commençant à son bord postérieur, s'étendre à la luette, aux piliers et aux amygdales, en même temps qu'elle acquiert plus d'intensité» (1). La rougeur cesse brusquement à la limite externe des piliers; elle ne dépasse pas l'isthme, ou elle s'étend à toute la partie du pharynx accessible à la vue. Comme le fait remarquer l'auteur auquel nous empruntons ces quelques lignes, c'est là le seul caractère qui distingue cette variété d'angine de la forme inflammatoire simple.

M. Martellière, dans sa thèse remarquable, attire encore l'attention des observateurs sur deux lésions fréquentes de la cavité buccale. On rencontre souvent, en effet, sur différents points de la muqueuse, des *taches grises* spéciales et des élevures ou *taches jaunes*, qui se développent quelquefois sur les points occupés primitivement par les taches précédentes, taches jaunes que Colson (2) attribuait à tort au mercure.

Les taches grises circonscrites se voient sur les piliers ou les amygdales; elles sont de niveau avec la muqueuse, et cessent brusquement sur une ligne plus ou moins régulière. La muqueuse voisine offre à peine de la rougeur, et conserve ses qualités physiologiques; on rencontre souvent des taches grises analogues à la face inférieure ou sur les bords de la langue, chez les sujets atteints de syphilis anciennes et rebelles (Martellière).

(1) Martellière, loc. cit.
(2) Cité par Martellière.

Les élevures jaunes sont de petites saillies papuleuses, d'un jaune ambré. On les observe dans les mêmes points que les taches grises; elles sont plus rares.

Les lésions que nous venons de décrire amènent souvent, lorsqu'elles siégent sur les amygdales, une hypertrophie remarquable de ces organes.

Les premières voies sont, comme on vient de le voir, le siége fréquent de lésions superficielles, mais souvent aussi on y trouve des altérations plus profondes; ce sont celles qui nous restent à examiner. Elles sont constituées par des ulcérations qui s'y montrent d'emblée, ou succèdent à d'autres accidents, en particulier aux gommes.

Ces ulcérations sont superficielles ou profondes; les premières ne sont autres que les excoriations de Hunter, qu'il regardait à tort comme étrangères à la syphilis. Elles appartiennent en général à la période secondaire ; leur fond est grisâtre, leurs bords limités par un liséré inflammatoire; elles sont douloureuses, et prennent quelquefois une grande extension; elles guérissent difficilement, et ne laissent aucune trace après elles (1).

Les ulcérations profondes surviennent d'emblée ou succèdent à des gommes, à des tubercules sous-mu-

(1) On rencontre des ulcérations appartenant surtout à cette première espèce, siégeant aux organes génitaux externes chez la femme. Dans un certain nombre de cas, nous avons pu les confondre avec des chancres simples, et nous avons été obligés de recourir à l'inoculation pour établir notre diagnostic.

queux, ou encore à des lésions osseuses. Elles forment des ulcères indolents à bords déchiquetés, d'autres fois taillés à pic; leur fond est blafard, recouvert par une matière grise. Les ulcérations ont une étendue fort variable; elles peuvent rester bien limitées pendant toute leur durée, mais, dans certains cas, elles se phagédénisent, prennent une grande extension, et font des ravages effrayants; ainsi, on trouve dans la thèse de M. Martellière deux faits remarquables : dans l'un, rapporté par Hubert Mayo (1), un de ces ulcères pénétra jusqu'à la linguale et on fut obligé de lier la carotide primitive, pour prévenir une hémorrhagie mortelle; dans un autre, emprunté à M. Rufz (2), toute la partie visible du pharynx était ulcérée; le voile du palais, la partie postérieure de la voûte palatine, les piliers et les amygdales, étaient détruits. L'un de nous a vu une de ces ulcérations qui commençait au niveau du V lingual et s'étendait jusqu'à la partie moyenne du larynx.

Ces ulcérations, comme on le voit, ont une marche essentiellement phagédénique, mais elles s'étendent en superficie sans dépasser la muqueuse. Dans d'autres cas, elles creusent en profondeur et mettent les os à nu, et alors ou bien la maladie s'arrête, ou bien les os eux-mêmes deviennent malades, se nécrosent, sont éliminés, et laissent à leur place des pertes de substance souvent irréparables. C'est par ce mécanisme que s'établissent des communications entre les fosses nasales et

(1) *Treatise on syphilis*, 1840.
(2) Journal hebdomadaire, 1832.

la bouche, lorsque les os du palais sont éliminés. Ces perforations amènent les accidents spéciaux à ces sortes d'altérations, que l'on constate surtout dans le cas de syphilis héréditaire : la voix est nasonnée, les aliments et les liquides passent par les fosses nasales, etc. Ces accidents varient avec l'étendue de la perforation, et le seul remède que l'on puisse leur opposer n'est que palliatif : c'est l'emploi d'un obturateur.

M. Chassaignac accorde une grande importance séméiologique à une saillie médiane que l'on rencontre chez quelques personnes, au niveau de la partie moyenne de la voûte palatine, au point de réunion des deux maxillaires supérieurs ; cette saillie, qu'il nomme *exostose médio-palatine*, est pour lui un signe certain de vérole. Cette opinion est complétement erronée, et on trouve cette saillie chez des sujets qui n'ont jamais eu le moindre symptôme de syphilis.

Marche, durée, terminaisons. — Les accidents syphilitiques de la bouche ont une marche lente, comme la plupart des accidents qui sont sous l'influence de cette diathèse ; mais leur ténacité est encore plus grande dans cette région que dans les autres parties du corps, ce que l'on peut attribuer aux causes d'irritation incessantes auxquelles elle est exposée ; les aliments, les boissons, les entretiennent pendant longtemps, et il n'est pas rare de voir s'éterniser chez les fumeurs des lésions qui se modifieraient rapidement, si les malades consentaient à oublier le tabac pendant quelques semaines.

Les taches grises, les plaques muqueuses des lèvres, de la langue, des amygdales, ont une durée fort longue, leurs récidives sont fréquentes, et le patient n'en est souvent complétement débarrassé qu'au bout d'un an ou deux. Les ulcérations secondaires ont également une grande ténacité; en général les ulcérations tertiaires, et en particulier celles qui succèdent aux gommes, guérissent avec une étonnante rapidité par l'administration de l'iodure de potassium.

La guérison est du reste la règle, quelle que soit la période à laquelle appartiennent les accidents. Nous avons vu que, dans quelques cas heureusement fort rares, relativement à la quantité innombrable des vérolés, les ulcérations causent des délabrements effroyables, amènent des infirmités incurables, et peuvent même entraîner la mort.

Diagnostic. — Il est facile, dans beaucoup de cas, de reconnaître les lésions spécifiques de la bouche; plusieurs d'entre elles sont tellement caractéristiques qu'on serait inexcusable de les confondre avec les affections étrangères à la syphilis.

Nous avons déjà donné le diagnostic des accidents primitifs, des plaques muqueuses; nous avons dit que les taches grises, sans saillie, étaient spéciales à la vérole, ainsi que les élevures jaunes, si bien décrites par M. Martellière; nous aurons donc surtout à faire ici le diagnostic des ulcérations, soit qu'elles appartiennent à une période peu avancée, soit au contraire qu'elles tiennent à des lésions tardives de la diathèse.

Les ulcères syphilitiques sont en général excavés, à bords taillés à pic ou déchiquetés; leur fond présente une coloration grise qui est pathognomonique dans beaucoup de circonstances; ils sont indolents, stationnaires dans certains cas, envahissants dans d'autres; enfin ils sont souvent accompagnés d'accidents caractéristiques sur différents points du corps.

Leur caractère indolent permet déjà de les distinguer facilement de la plupart des affections aiguës qui ont le même siége; nous croyons donc superflu de donner un diagnostic détaillé avec les maladies inflammatoires de la bouche et du gosier; et en effet les différentes formes de stomatites et d'angines présentent, à une certaine période de leur existence, de la douleur, de la rougeur vive, des symptômes réactionnels plus ou moins intenses, symptômes qui ne se montrent qu'exceptionnellement dans les affections spécifiques.

Il suffit aussi d'être prévenu que la syphilis donne quelquefois naissance à des plaques pseudo-membraneuses qui ressemblent à celles de la diphthérite pour éviter toute méprise.

Dans les angines chroniques, en particulier lorsqu'il y a en même temps hypertrophie des amygdales, il n'est pas rare de voir se former des ulcérations qui simulent les ulcères spécifiques; le diagnostic est alors presque impossible à l'aide des symptômes objectifs; mais, en tenant compte des antécédents et des commémoratifs, on arrive, dans le plus grand nombre des cas, à reconnaître la nature de la lésion.

On trouve souvent chez l'adulte, au fond de la bouche, certains ulcères, sur le diagnostic desquels M. Gibert (1) s'est appesanti avec raison. Ces ulcères, quelquefois très-étendus et en apparence très-profonds, ce qui est dû à la tuméfaction de la muqueuse, se montrent au devant de la branche de la mâchoire, embrassant assez exactement la dernière molaire d'en bas. Ils sont ordinairement le produit de fluxions liées à la pousse difficile de la dent de sagesse. On les a souvent pris pour des ulcères syphilitiques, mais ceux-ci n'ont jamais ni le même siége ni le même aspect.

Les ulcérations qui se montrent pendant la durée de la stomatite mercurielle seront toujours reconnues par un médecin instruit. Les circonstances au milieu desquelles on les observe, les autres symptômes, rougeur et gonflement de la muqueuse, odeur fétide spéciale de l'haleine, agacement et ébranlement des dents, salivation plus ou moins abondante, et enfin le siége même de ces ulcères, qui débutent par les gencives, puis apparaissent à la face interne des joues et sur les bords de la langue, au niveau des points qui correspondent aux dents; leur aspect, ils sont enflammés, irréguliers, recouverts de productions pseudo-membraneuses, ces caractères multiples permettront rarement l'hésitation.

Les ulcères scrofuleux des muqueuses ne sont ordinairement que l'extension de lupus cutanés. Nous verrons, en traitant de la syphilis des os, que, dans beau-

(1) Traité des maladies de la peau et de la syphilis, 3e édit., t. II, 1860.

coup de cas, on a attribué à la scrofule des lésions qui appartiennent à la syphilis ; c'est ainsi que la plupart des perforations du palais qui se montrent dans le jeune âge ont été rapportées à la scrofule, précisément à cause de cette circonstance, tandis qu'elles doivent être rattachées le plus souvent à la syphilis héréditaire, comme l'a judicieusement fait observer M. Bazin (1).

Pour le diagnostic des tumeurs syphilitiques de la langue, bien étudiées par M. Lagneau fils (2), nous renvoyons le lecteur au chapitre des *Gommes*, où ce sujet se trouve traité.

Le PRONOSTIC est ici, comme pour les autres régions, variable avec l'espèce de lésion ; seulement le siége même de la bouche, ses usages multipliés, impriment au pronostic une gravité toute particulière au point de vue de la contagion. Sans tenir compte de l'accident primitif, dont la nature est d'être essentiellement contagieux, si l'on se rappelle « qu'il n'y a presque pas de syphilis secondaire sans plaques muqueuses aux amygdales, au voile du palais, à la langue, aux joues, aux lèvres, sans rougeurs, excoriations ou ulcérations de ces mêmes organes » (Rollet), que tous ces symptômes sont contagieux au plus haut degré, on conçoit les périls que courent les personnes qui sont en rapports habituels ou même passagers avec les malades ; car ce ne sont pas seulement les baisers qui peuvent contaminer, mais encore tous les objets qui sont d'un

(1) De la Scrofule, 2e édit., 1861.
(2) Des Tumeurs syphilitiques de la langue, in-8°, 1859.

usage journalier, comme les couverts, les vases où l'on boit, les pipes des fumeurs, les verres à souffler des verriers, qui peuvent devenir des agents actifs de contagion. Le danger est d'autant plus grand que les malades l'ignorent et ne prennent aucune précaution, que les personnes qui sont en rapport avec eux ne le soupçonnent nullement, car les lésions sont souvent fort peu apparentes.

Si on met en regard de la contagion fréquente des accidents buccaux secondaires la gravité effrayante de certaines lésions tardives de cette même cavité, dont nous avons donné quelques exemples qu'il serait facile de multiplier, on comprendra que nous regardions les accidents de la bouche comme toujours graves, mais à des points de vue différents.

Traitement.—Aussitôt qu'on a reconnu la nature des lésions spécifiques de la bouche ou de l'isthme du gosier, il faut immédiatement s'adresser aux antisyphilitiques ; on donnera le mercure contre les accidents précoces, et l'iodure de potassium contre les symptômes tardifs.

Le traitement local acquiert une importance très-grande contre les accidents de cette région, importance facile à saisir, si l'on se reporte à ce que nous venons de dire de la contagion de ces accidents et de leur gravité ; on doit se hâter, autant que possible, de les éteindre sur place.

On doit d'abord recommander au malade d'éviter toute cause d'irritation buccale ; on proscrira le tabac,

dont la fumée suffit quelquefois pour entretenir les lésions pendant des mois entiers, les condiments de toutes sortes, etc.

Contre les taches grises et jaunes, les plaques muqueuses, les ulcérations précoces, on emploiera les cautérisations répétées avec le nitrate d'argent. Dans les cas rebelles, on aura recours, comme le recommande M. Diday, à un ou deux attouchements, à quelques jours de distance, avec le nitrate acide de mercure, qui donne alors des résultats remarquables.

Les gargarismes mercuriels n'ont qu'une action problématique.

On a rarement l'occasion d'avoir recours aux antiphlogistiques; cependant, s'il y avait une complication inflammatoire, on aurait soin de la calmer à l'aide de gargarismes émollients et des astringents, avant d'user d'un traitement local énergique.

Il n'est pas rare de voir les lésions s'éterniser sur les amygdales hypertrophiées, en dépit de tous les traitements employés; le mieux alors est d'enlever les tonsilles.

La médication topique qui réussit le mieux contre les accidents tardifs, et les ulcérations spécialement, c'est l'iode; on touche tous les jours ou tous les deux jours les lésions avec la teinture d'iode pure.

2° Pharynx. — Les lésions du pharynx, sans être communes, ne sont cependant pas très-rares. On y observe exceptionnellement des lésions précoces, plus souvent des altérations tardives. Les tubercules sous-

muqueux, les gommes, se montrent à la paroi postérieure de cet organe ; des lésions osseuses ont également été vues dans ce point. L'inspection suffit pour faire reconnaître la nature de ces lésions, qui présentent, à une certaine époque, des ulcérations qui ne diffèrent pas, par leurs caractères, de celles que nous avons décrites plus haut.

3° Œsophage. — On a attribué à la syphilis des ulcérations de ce conduit, suites de lésions sous-muqueuses dont la dernière phase serait une coarctation plus ou moins prononcée de ce conduit. M. Follin (1) est porté à admettre que certains rétrécissements de l'œsophage doivent être rapportés à la syphilis; mais la plupart de ces faits sont de nature douteuse, et, sans rejeter complétement ces rétrécissements, on doit attendre de nouvelles observations pour faire l'histoire de ces strictures ; car, à part le fait rapporté par M. Vest, et dans lequel l'autopsie est venue confirmer le diagnostic, il n'en existe aucun autre de complétement probant dans la science. Aucun signe particulier ne distingue du reste cette variété de rétrécissements de ceux dus à une autre cause, et on ne peut en reconnaître la nature qu'en étudiant attentivement les antécédents du malade et les symptômes concomitants.

4° Estomac. — L'histoire des lésions de cet organe est encore plus obscure que la précédente, et les ulcé-

(1) Des Rétrécissements de l'œsophage, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853.

rations décrites par M. Cruveilhier (1) comme syphilitiques étaient au moins de nature douteuse.

5° Intestin. — M. Cullerier (2) a décrit une *entérite spécifique*, et M. Pillon (3), son élève, dans la *Gazette des hôpitaux* et dans sa thèse sur les exanthèmes, a rapporté plusieurs observations à l'appui de cette opinion; mais, comme le fait observer Virchow, ces faits ont peu avancé la science, et aujourd'hui la nature de cette lésion est mise en doute par beaucoup d'auteurs.

Rétrécissements du rectum. — Sous ce nom, on décrit des coarctations de la partie terminale du tube digestif, qui n'appartiennent à la syphilis que d'une façon indirecte. Elles sont formées par le tissu cicatriciel, qui est la suite de la guérison de certaines altérations spécifiques de cette partie de l'intestin, et ne sont nullement modifiées par le mercure ni par l'iodure de potassium.

Signalés depuis longtemps, ces rétrécissements ont été pour la première fois étudiés d'une manière spéciale par M. Gosselin dans un excellent mémoire (4). Depuis la publication de ce travail, ont paru successivement ceux de M. de Baerensprung (5), de Müller (6), et

(1) Revue médicale, 1838.
(2) Union médicale, 1854.
(3) Loc. cit., et Gazette des hôpitaux, 1857.
(4) Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum, Archives générales de médecine, 1854.
(5) *Annalen des Charite.* Krankenh, 1855.
(6) De la Syphilis constitutionnelle dans le canal intestinal. Erlangen, 1858.

de M. Leudet (1), qui forment comme le complément du premier. C'est surtout en nous basant sur les travaux de ces auteurs que nous ferons l'histoire de ces coarctations.

Anatomie pathologique et symptomatologie. — M. de Baerensprung a bien étudié les ulcérations qu'on peut regarder comme formant la première phase de la maladie. Ces ulcérations succèdent soit à des accidents primitifs, soit à des accidents consécutifs, et quelle que soit leur origine, elles ont des caractères communs que M. Meckel a parfaitement décrits : elles sont circulaires, occupent toute la circonférence du canal intestinal, sont profondes, séparées par des intervalles de muqueuse saine, et augmentent d'étendue et de profondeur à mesure que l'on se rapproche de l'anus. Leur durée est longue, cependant elles échappent le plus souvent à l'observation, car elles ne donnent lieu qu'à des symptômes peu marqués qui n'attirent pas l'attention de ce côté.

Le plus souvent on est appelé à observer la maladie seulement à l'époque où le rétrécissement existe déjà, et alors on trouve les altérations suivantes, fort bien décrites par M. Gosselin ; les auteurs qui les ont étudiées après lui n'ont fait que confirmer tout ce qu'il avait dit.

Le rétrécissement siége ordinairement au niveau du sphincter interne, rarement il est situé à plus de 4 ou 5 centimètres de l'anus ; quelquefois il commence à

(1) Moniteur des sciences, 1860.

l'orifice anal même, et forme un cône à sommet supérieur correspondant au sphincter interne, et même s'étend plus loin encore, comme M. Leudet en a cité un remarquable exemple.

La coarctation a l'aspect d'un bourrelet saillant, dur, résistant, souvent mamelonné, formé par un tissu de cicatrice qui occupe toute la circonférence de l'intestin. Le calibre de ce conduit est diminué dans une proportion telle, qu'il est souvent difficile d'y faire pénétrer le petit doigt. On n'a jamais observé d'oblitération complète.

En général, il n'y a qu'un rétrécissement, cependant il peut y en avoir plusieurs comme dans l'une des observations rapportées par M. Gosselin.

Au-dessus du point rétréci, l'intestin est dilaté en ampoule, la muqueuse est rouge, exulcérée, baignée par un liquide purulent. M. Robin a constaté l'absence d'épithélium au niveau de cette exulcération qui s'étend à plusieurs centimètres du point coarcté, et cesse brusquement pour se continuer avec la muqueuse saine. Quelquefois l'ulcération, au lieu de rester superficielle, creuse, et perfore même l'intestin, ce qui peut amener une péritonite mortelle, comme M. Leudet en rapporte un exemple.

Au-dessous du rétrécissement, on trouve les lésions les plus variées : la muqueuse est ordinairement épaissie, rugueuse; on y observe souvent des fistules simplement anales, ou communiquant avec le vagin chez la femme. Ces fistules sont assez fréquentes pour que M. Leudet ait rencontré sur 11 malades,

4 fistules recto-vaginales; comme il le fait remarquer, elles précèdent souvent le rétrécissement, et se forment à la période ulcérative.

M. de Baerensprung a également appelé l'attention sur la fréquence des fistules dans le cas de rétrécissement syphilitique.

Symptômes fonctionnels. — Les troubles de la défécation se montrent d'abord; le malade éprouve de la gêne pour aller à la selle; les matières sont rubanées dans les cas où il n'y a pas de diarrhée; celle-ci existe en effet le plus souvent; on y trouve du pus; il y a quelquefois des hémorrhagies intestinales; les douleurs abdominales sont rares; on a observé la dilatation des veines sous-cutanées du ventre.

La *marche* de l'affection est extrêmement lente. Elle peut exister pendant six, huit, dix ans, sans altérer notablement la santé.

La première période ou ulcérative a, dans certains cas, une durée fort courte, et le rétrécissement lui succède immédiatement, comme MM. Gosselin et de Baerensprung en ont cité des cas. Une fois établi, celui-ci donne naissance à des accidents qui restent longtemps locaux, et ce n'est qu'au bout de plusieurs années que se montrent des accidents sérieux, amenés le plus souvent par des affections syphilitiques d'autres organes, comme le foie, les reins, etc.

Le *pronostic* est grave. La guérison est difficile à obtenir, et, dans la grande majorité des cas, le malade finit par succomber.

Le *diagnostic* se fera en tenant compte du siége du rétrécissement, de la marche lente de l'altération, des caractères donnés par le toucher, mais on arrivera toujours difficilement à reconnaître la nature de la lésion ; aucun caractère particulier ne distingue les rétrécissements syphilitiques de ceux qui sont dus à une autre cause.

Traitement. — D'après ce que nous avons dit, on comprend que le traitement doit être surtout local, et, en effet, d'après les expériences faites par la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, le mercure et l'iodure de potassium n'ont aucune action sur cette espèce de lésion. Si on avait à traiter le mal à la période ulcérative, il n'en serait plus de même ; on devraît s'adresser aux spécifiques, comme M. de Baerensprung l'a fait plusieurs fois avec succès.

On opposera au rétrécissement un traitement chirurgical. Des incisions multiples seront faites sur les contours du bourrelet, surtout en arrière, car en avant on s'exposerait à léser des organes importants. On introduira ensuite dans la partie rétrécie, des corps dilatants, soit de fortes mèches, soit de grosses sondes, ou encore des canules spéciales que le malade devra garder toute sa vie, s'il ne veut s'exposer aux récidives.

6° Anus. — La région anale présente souvent des lésions chez les syphilitiques. Le chancre n'y est pas rare ; il est quelquefois placé sur la muqueuse de l'in-

testin, au-dessus du sphincter externe, mais ordinairement on le trouve au dehors, aux environs de l'ouverture anale. On l'observe surtout dans cette région chez les pédérastes.

Les plaques muqueuses sont très-fréquentes autour de l'anus, où elles prennent un développement énorme chez les gens malpropres.

Les ulcérations secondaires ont une prédilection toute particulière pour cette partie du corps ; elles s'y montrent d'emblée ou succèdent à d'autres lésions, en particulier aux plaques muqueuses. Elles ont une forme allongée, dirigée le plus souvent dans le sens des plis de l'anus, au milieu desquels elles se cachent. Elles ont des bords durs, élevés, un fond grisâtre; elles suppurent plus ou moins abondamment. Elles causent des douleurs assez vives, mais ne s'accompagnent pas ordinairement de constricture du sphincter, ce qui les distingue des fissures proprement dites. Ce sont ces petites ulcérations que l'on décrit sous le nom de *rhagades*. Quelques auteurs donnent plus d'extension à cette expression, et appellent également rhagades les ulcérations secondaires que l'on observe souvent au-dessous et entre les orteils, ulcérations de forme variable, qui se montrent quelquefois d'emblée, mais succèdent, dans la grande majorité des cas, aux plaques muqueuses. Elles sont comme ces dernières le siége d'une suppuration horriblement fétide.

Les condylomes sont des excroissances charnues que l'on observe aux environs de l'anus; ils sont formés surtout par l'hypertrophie des plis radiés; on les ren-

contre aussi dans d'autres régions. Ils n'appartiennent pas à la syphilis, et peuvent se montrer à la suite de lésions de nature fort diverse.

LÉSIONS DU TISSU CELLULAIRE.

TUMEURS GOMMEUSES.

On donne le nom de *gommes* à de petites tumeurs qui renferment, à une certaine période de leur existence, un liquide semblable à une solution gommeuse épaisse. Elles appartiennent aux accidents tardifs de la syphilis; ce sont des lésions tertiaires de la classification des auteurs modernes.

Indiquée par les écrivains les plus anciens, décrite par Cullerier, M. Lagneau, etc., cette lésion n'a été bien étudiée que depuis que M. Ricord a appelé sur elle l'attention des observateurs par ses belles recherches. Il a fait représenter plusieurs variétés de ces tumeurs dans son iconographie.

Le travail de M. Bouisson; les observations microscopiques de MM. Verneuil, Lebert, Robin et Virchow; les faits rapportés par MM. Nélaton, Notta, Robert, Pihan, Cornil, etc., sont venus jeter un nouveau jour sur l'histoire intéressante de ces lésions.

Les thèses de MM. Thévenet (1) et Van Oordt renfer-

(1) Tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, des muscles et de leurs annexes (thèses; Paris, 1858).

ment aussi des faits intéressants, la dernière surtout où l'on trouve habillement résumées les différentes opinions des modernes sur la structure des gommes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les gommes forment de petites tumeurs arrondies ou aplaties, entourées d'une enveloppe résistante qui les isole des tissus voisins. On les rencontre partout, dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, dans les muscles et leurs tendons, dans les viscères, etc. Des nombreuses recherches faites sur leur structure intime par MM. Lebert, Verneuil, Robin, Virchow, il résulte qu'elles ne renferment aucun élément spécial. Les gommes, comme les diverses lésions de la syphilis, ne se distinguent des autres produits pathologiques que par le groupement différent des éléments anatomiques.

M. Robin résume en ces termes ses observations sur les tumeurs gommeuses (1) :

«Les tumeurs gommeuses que j'ai eu l'occasion d'observer m'ont offert les particularités suivantes de texture. Les plus petites étaient formées d'un tissu tantôt uniformément gris, demi-transparent, tantôt d'un gris rosé, avec ou sans stries grisâtres plus opaques. Le tissu était d'une consistance comparable à celle du foie un peu induré; il était friable, et se déchirait sans présenter d'aspect filamenteux, si ce n'est vers la surface, où il se confondait peu à peu avec le tissu cellulaire ambiant. Les tumeurs étaient constituées exclusivement de la manière suivante :

(1) Van Oordt, des Tumeurs gommeuses; thèses, Paris, 1859.

« On y trouvait beaucoup de cytoblastions constituant les 7 ou 8 dixièmes de la masse morbide. Ces éléments anatomiques étaient plongés dans une substance amorphe finement granuleuse. Cette matière amorphe était demi-transparente, dépourvue de granulations graisseuses. Dans cette matière, il n'existait pas ou presque pas de fibres de tissu cellulaire ; elles étaient isolées, non disposées en faisceaux ; çà et là étaient de rares fibres élastiques ; on y trouvait aussi quelques vaisseaux capillaires ; il ne s'y trouvait qu'un petit nombre de noyaux ovoïdes embryoplastiques, et très-peu de corps fusiformes.

« Des tumeurs plus volumineuses, molles, sans être tout à fait diffluentes, offraient l'aspect gélatiniforme qui les a fait comparer à une matière gommeuse ; leur tissu donnait au toucher la sensation d'une matière glutineuse, sans toutefois atteindre la viscosité du mucus.

« Ce tissu demi-transparent n'offrait pas d'une manière uniforme cet aspect ; dans certains points, il présentait des portions d'un gris jaunâtre, analogue à celui qu'aurait pu produire une infiltration de pus. Le tissu interposé, demi-transparent, gélatiniforme, était tantôt incolore, d'autres fois offrait une teinte rosée ou une teinte jaunâtre, analogue à de la gélatine mal purifiée. Dans le tissu des tumeurs offrant cet aspect, se rencontraient les mêmes éléments décrits plus haut ; seulement la matière amorphe interposée aux cytoblastions et autres éléments était beaucoup plus abondante, plus molle, facile à écraser entre les deux lames de verre,

moins granuleuse, plus transparente ; c'est à elle que le tissu devait principalement son aspect gélatineux et sa demi-transparence ; c'est à sa mollesse aussi qu'il devait sa consistance particulière. Quant aux parties jaunâtres, d'aspect purulent, elles ne renfermaient pas de pus, mais seulement de nombreuses granulations jaunâtres, de nature graisseuse, très-petites, mais nombreuses et rapprochées les unes des autres.

« Ce sont des tumeurs à cette période qui, sans aucun doute, ont fait donner le nom de *gommes* à ces produits morbides.

« Quant au tissu des tumeurs plus volumineuses que les précédentes, dont il me reste à dire quelques mots, il présentait la même consistance que celle des précédentes, sans toutefois être gluant comme elles. Ce tissu offrait néanmoins la même texture, était également peu vasculaire ; il semblait proportionnellement plus riche en cytoblastions, et renfermait moins de matière amorphe ; mais son opacité et sa couleur étaient dues sans aucun doute à la quantité considérable de granulations moléculaires graisseuses, uniformément distribuées entre les éléments précédents. »

Symptomatologie. — Les tumeurs gommeuses présentent des symptômes variables, suivant qu'elles occupent telle ou telle région, tel ou tel tissu. Nous aurons surtout en vue, dans notre description, les gommes du tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux. Les gommes des viscères, des muscles, etc., ont été ou seront étudiées avec les autres lésions de ces divers organes.

Au début, les gommes se présentent sous forme de petites tumeurs isolées ou groupées, roulant sous le doigt, arrondies, dures, et complétement indolentes. Au bout d'un certain temps, elles perdent leur mobilité et adhèrent à la face profonde du derme; peu à peu, l'adhérence faisant des progrès, il arrive un moment où la peau fait entièrement corps avec elles. La tumeur, qui jusque-là était restée dure, résistante et élastique, commence à se ramollir au centre; la peau qui la recouvre, qui avait conservé sa coloration normale, rougit, s'amincit et se perfore. La gomme peut rester longtemps fluctuante avant de s'ouvrir; le liquide qui s'en échappe est filant, transparent comme de la gomme, lorsque l'ouverture a lieu de bonne heure; sanieux et fétide, ou franchement purulent, lorsqu'elle a lieu plus tard.

L'ouverture se fait quelquefois dans plusieurs points à la fois; mais, qu'elle soit unique ou multiple, elle reste plus étroite que le fond. La base de la tumeur ne participe pas au ramollissement, elle reste dure, même après son ouverture. Nous tirerons un grand profit de ce signe pour le diagnostic.

L'ulcère qui succède à la gomme est arrondi, excavé, entouré d'une auréole rouge sombre; souvent, comme nous venons de le dire, l'orifice est plus étroit que le fond. Lorsque les gommes sont agglomérées plusieurs dans la même région, les ulcérations partielles qui leur succèdent peuvent se réunir et donner naissance à une large plaie à bords irréguliers et sinueux, d'un aspect caratéristique.

L'ulcère qui suit l'ouverture des tumeurs gommeuses réunies en groupes a des caractères tout particuliers qui ont été fort bien décrits par M. Bazin : « Le fond de l'ulcère n'est pas formé par un plancher unique, il semble étagé. Sur chaque compartiment, on peut voir des perforations qui ne sont autre chose que les ouvertures des gommes plus profondément situées, et qui viennent aboutir au foyer commun. »

En général, le fond des ulcérations gommeuses est recouvert d'une couche blanchâtre, putrilagineuse, qui a quelque chose de tout spécial, et qui suffit pour les faire reconnaître dans beaucoup de cas.

Elles laissent des cicatrices déprimées, plus ou moins exactement arrondies, blanches au centre et brunâtres au pourtour ; peu à peu le pigment circonférentiel disparaît, et la cicatrice perd son aspect caractéristique.

Outre les caractères que nous venons de donner et qui leur appartiennent en propre, les gommes en présentent encore d'autres qui varient avec la région qu'elles occupent, et qui leur sont communs avec les autres espèces de tumeurs ; ce sont surtout des symptômes de compression : une gomme développée sur le trajet d'un nerf pourra déterminer des douleurs névralgiques comme dans l'observation rapportée par M. Van Oordt ; située au voisinage d'un organe, elle amènera des accidents en rapport avec les fonctions de cet organe ; il suffit de signaler ces faits, le lecteur suppléera facilement aux développements que le manque d'espace nous empêche de donner.

Les tumeurs gommeuses situées profondément, soit

dans l'épaisseur d'un membre, soit dans l'intérieur d'un des nombreux organes renfermés dans les cavités splanchniques, n'ont aucun caractère qui permette de reconnaître leur existence, et elles sont le plus souvent méconnues, à moins que d'autres lésions, plus superficielles, n'aient attiré l'attention de l'observateur.

Les gommes sont souvent accompagnées d'autres affections ; ce sont des syphilides profondes (rupia, ecthyma), ou bien des lésions des os et des viscères (exostoses, sarcocèle syphilitique, etc.).

Siége, nombre. — La gomme a pour siége de prédilection le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, mais on peut la rencontrer partout, voire même dans les tissus les moins riches en tissu cellulaire, comme les parois musculaires du cœur.

Les régions où l'on observe le plus souvent ce produit morbide sont la face et le cuir chevelu, le côté externe des membres, la partie postérieure de l'épaule, le point où le sterno-mastoïdien s'attache au sternum (Bazin), les différents points de la cavité buccale, de l'isthme du gosier ; ce sont, parmi les viscères, les testicules et les mamelles qui en présentent le plus souvent.

La tumeur est quelquefois unique, mais le plus ordinairement il en existe quatre ou cinq irrégulièrement répandues à la surface du corps. On en rencontre dans certains cas un nombre prodigieux, on a pu en compter jusqu'à 150 et même plus sur un seul malade.

A part les cas rares de syphilis galopante, la

gomme se montre toujours comme accident tardif, jamais avant six mois, rarement avant une ou plusieurs années après l'accident primitif.

La gomme peut-elle apparaître comme premier accident de syphilis congénitale, trente ans après la naissance, comme M. Ricord et d'autres auteurs en ont rapporté des exemples?

Marche, durée, terminaisons. — La marche des tumeurs gommeuses est excessivement lente. Elles peuvent rester plusieurs mois stationnaires, quelle que soit la période à laquelle elles sont arrivées, période de dureté, de ramollissement ou de suppuration. Aucun accident syphilitique ne se modifie aussi rapidement sous l'influence du traitement.

Diagnostic. — Lorsque la tumeur gommeuse occupe un point du corps inaccessible à la vue et au toucher, son existence passe le plus souvent inaperçue. Dans ce cas, on n'aurait pour se guider que les antécédents et les symptômes concomitants. Le traitement sera alors une excellente pierre de touche.

Si la gomme siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la cavité buccale ou de la partie supérieure du pharynx, les signes objectifs permettront dans la plupart des cas d'établir un diagnostic précis.

Lorsque d'autres symptômes caractéristiques de l'infection existent, il est ordinairement facile de faire le diagnostic; mais, si la tumeur gommeuse est seule, il sera plus difficile de la distinguer des autres lésions

morbides qui ont avec elle une analogie plus ou moins grande.

La gomme non ramollie se reconnaîtra à sa forme arrondie, à sa dureté, à son volume toujours médiocre, à son indolence. On tiendra compte également du siége de la tumeur, de sa mobilité, de l'absence de retentissement ganglionnaire.

Ces caractères se retrouvent dans un certain nombre de tumeurs non syphilitiques, mais ils sont rarement aussi tranchés, et on arrivera facilement à en reconnaître la nature avec un peu d'attention, surtout si l'on tient compte de tous les renseignements que peuvent donner les commémoratifs.

Nous signalerons une seule affection qui souvent est confondue avec la gomme de la mamelle, c'est l'adénoïde; les symptômes et la marche des deux affections sont sensiblement les mêmes; on ne pourra souvent avoir que des probabilités, et dans ces cas, on tirera un grand secours du traitement qui fera rapidement disparaître la tumeur, si elle est de nature spécifique, et n'aura, au contraire, aucune action si c'est un adénoïde.

Les différentes variétés de cancer sont souvent difficiles à distinguer des gommes, et surtout à la période ulcérative.

Les gommes de la langue, de l'isthme du gosier, ont fréquemment été prises pour des cancers; nous en dirons autant de celles qui siégent sur la verge et dans l'épaisseur de l'organe séminal. La gomme, à l'état de ramollissement, ne peut guère être confondue qu'avec

les abcès à marche chronique, et en particulier les abcès scrofuleux. Les différentes espèces de kystes en imposeront rarement.

L'abcès scrofuleux a une période d'induration moins longue que celle des gommes; la suppuration l'envahit simultanément dans toutes ses parties; lorsque l'abcès est ouvert, la peau est décollée dans toute l'étendue de la tumeur. Dans la gomme, la fluctuation est longtemps limitée au centre, la base reste dure même après l'ouverture. L'âge du sujet, le siége de la maladie, etc., viendront souvent jeter une grande lumière sur le diagnostic.

L'ulcère qui succède aux gommes se distinguera des ulcères scrofuleux, avec lesquels on peut surtout le confondre, aux caractères suivants : Les ulcères scrofuleux se montrent ordinairement à la face et au cou, chez les jeunes sujets; leurs bords sont décollés et violacés; le pus qui baigne leur surface est grumeleux, caséeux; les cicatrices qui leur succèdent sont proéminentes, souvent comme kéloïdiennes. Tous ces caractères diffèrent de ceux que nous avons donnés pour les ulcères gommeux.

Pronostic. — Le pronostic de la gomme est toujours grave, car il annonce la ténacité du virus. Souvent c'est un signe d'affaiblissement de la constitution, et lorsque cet accident se montre, l'économie est déjà sous l'influence d'une cachexie profonde.

La lésion par elle-même n'est pas grave en général; elle disparaît rapidement sous l'influence du traite-

ment. Sa présence peut cependant causer des accidents, en raison du siége qu'elle occupe. Ainsi M. Ricord, dans un cas de gomme du larynx, fut contraint d'avoir recours à la trachéotomie pour sauver les jours du malade.

Traitement. — La gomme est un symptôme éminemment tertiaire; on devra donc lui appliquer le traitement des accidents de cette période. L'iodure de potassium se place au premier rang; on le donnera en élevant rapidement les doses de façon à arriver à en faire prendre 4 à 6 grammes par jour.

Lorsque la constitution sera débilitée, on adjoindra les toniques, le fer, le quinquina, etc. Localement on peut s'abstenir de tout topique lorsque la tumeur n'est pas ouverte, et on ne doit jamais l'ouvrir même lorsqu'elle est le plus manifestement fluctante, car, dans ce cas, on pourra encore en obtenir la résorption complète.

Lorsque la tumeur gommeuse est ulcérée, on doit badigeonner la plaie avec la teinture d'iode pure ou mélangée avec partie égale d'eau.

Dans les cas où la plaie est très-étendue, on se trouvera bien de l'emploi d'une pommade mercurielle.

S'il existait concurremment avec les gommes des syphilides tardives, on hâterait la guérison en associant le mercure à l'iodure de potassium. On doit savoir aussi que dans certains cas où l'iodure de potassium ne paraît pas avoir une action assez rapide, on pourra l'alterner fructueusement avec le mercure, car

il n'est pas rare de voir des accidents manifestement tertiaires qui se modifient peu sous l'influence de l'iodure de potassium, guérir avec rapidité par le traitement hydrargyrique.

SYPHILIS DE L'ŒIL

LÉSIONS SYPHILITIQUES DE L'ŒIL.

Les yeux, comme les autres parties du corps, sont affectés de diverses manières par le virus syphilitique. Les altérations que peuvent présenter ces organes avaient peu attiré l'attention des anciens, et même parmi les auteurs modernes, on ne trouve que des données vagues et souvent hypothétiques. L'illustre Hunter lui-même a complétement passé sous silence les lésions spécifiques de l'appareil de la vision. Ce n'est que dans les ouvrages de nos contemporains qu'il faut chercher la description de quelques-unes de ces lésions. Les ophthalmologues du commencement de ce siècle ont assez bien décrit les affections des membranes superficielles. On trouve dans les annotations de Hunter un excellent chapitre de M. Ricord sur l'iritis. Mais on chercherait en vain, dans les ouvrages publiés avant notre époque, quelque chose qui eût trait aux affections des membranes profondes, dont les lésions ne sont connues que depuis quelques années.

En effet, avant la découverte d'Helmholtz, et l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des altérations des parties profondes de l'œil, on rangeait sous le nom vague d'*amaurose* toutes les affections dans lesquelles il y a affaiblissement ou perte de la vue sans que les lésions pussent être reconnues par l'examen direct. Sous le nom d'*amaurose syphilitique*, on confondait plusieurs altérations que l'examen à l'aide des miroirs et des lentilles concaves et convexes permet aujourd'hui de distinguer avec la plus grande netteté; on attribuait à des lésions cérébrales, à des paralysies *sine materiâ* un grand nombre de prétendues amauroses qui reconnaissent pour cause, comme nous le verrons, des altérations très-sensibles des parties profondes de l'appareil de la vision.

Il ne faudrait pas croire cependant que la paralysie esssentielle de la membrane sensitive de l'œil pût être rejetée ; la preuve de son existence repose sur un certain nombre d'observations qui ont une grande valeur.

Quant aux troubles visuels, suite de la compression exercée par les produits morbides, sur le nerf optique ou même directement sur le globe oculaire, ou consécutifs à une altération cérébrale, personne n'en conteste l'existence, seulement nous devons bien établir ce fait important que ces deux ordres de lésions, regardées avant la découverte d'Helmholtz comme fréquentes, sont au contraire très-rares, et que le plus souvent les troubles de la vue, dans la syphilis, peuvent être rattachés à des altérations des membranes superficielles ou profondes.

Nous décrirons isolément les altérations de chacune des membranes, suivant la coutume généralement admise, bien qu'il soit rare d'observer, dans la nature, les lésions circonscrites aussi exactement; le plus souvent, en effet, les parties voisines participent plus ou moins à l'altération principale.

Iritis. — La syphilis porte souvent son action sur l'iris, et les lésions dont ce diaphragme peut être le siége sont de celles qui ont le plus embarrassé les classificateurs. L'iritis se montre souvent avec les accidents précoces et est alors rangée parmi les accidents secondaires, mais on l'observe aussi avec les accidents tardifs, et dans ce cas on ne sait plus guère où la placer à moins d'en faire un accident de transition, c'est-à-dire un accident qui n'appartient ni à la période secondaire, ni à la tertiaire, mais se trouve sur la limite qui les sépare.

Symptômes. — Ils sont objectifs et fonctionnels.

Symptômes objectifs. — Au début, il n'y a qu'un peu de rougeur du blanc de l'œil, due à l'injection des vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique; l'hypérémie augmente peu à peu, et on voit apparaître le cercle radié péricornéal (*anneau sclérotidien*). A cette époque l'iris est peu altéré encore, il est un peu terne, légèrement déformé sur son bord pupillaire.

Cette première période passe souvent inaperçue, la vision est peu altérée, mais elle s'affaiblit de plus en plus et le malade vient alors consulter le médecin. Lorsque la maladie est bien caractérisée, le cercle scié-

rotidien est très-marqué, l'iris a perdu sa couleur ; sur les yeux bleus, il est devenu verdâtre ; sur les yeux bruns, rougeâtre. Ses mouvements sont lents, difficiles ; sous l'influence des excitants, il finit par perdre sa contractilité, et il reste immobile même après l'emploi de la belladone.

La pupille est altérée, elle présente une forme anormale, variable suivant les cas : au lieu d'être arrondie, elle est angulaire, lozangique, allongée dans un sens ou dans un autre ; ces déformations diverses tiennent à des adhérences contractées par l'iris avec les parties voisines. Quelquefois, le déplacement va jusqu'à produire une synéchie antérieure ou postérieure.

L'humeur aqueuse s'accumule dans les chambres de l'œil, il s'épanche de la lymphe plastique ; la cornée perd son poli, devient trouble ; l'inflammation s'étend à la membrane de Descemet.

On remarque souvent à la surface de la membrane irienne, gonflée et distendue, un ou plusieurs vaisseaux fortement injectés, ou bien des taches, des saillies jaunes ou rougeâtres dues à de petits épanchements sanguins, ou à de véritables collections purulentes qui peuvent s'ouvrir dans les chambres et donner naissance à un hypopion.

M. Ricord admet plusieurs formes d'iritis en rapport avec les éruptions de la peau, et d'autant plus graves que celles-ci sont elles-mêmes plus tardives ; ainsi il y aurait une iritis érythémateuse, une iritis papuleuse et une iritis vésiculeuse. Les condylomes que Beer a rencontrés à la face antérieure de l'iris, les tubercules dont

parle Lawrence, les pustules spécifiques décrites par Mackenzie, etc., n'ont rien de pathognomonique comme le pensaient ces auteurs; ces altérations sont dues à des dépôts plastiques qui ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre dans l'iritis ordinaire, seulement ils sont peut-être plus fréquents dans les formes syphilitiques.

Symptômes subjectifs. — La douleur est souvent le premier symptôme qui attire l'attention du malade; elle est légère au début, et va en augmentant, elle reste rarement limitée à l'œil, il s'y joint ordinairement des élancements autour de l'orbite. La douleur est le plus souvent continue, mais elle présente des exacerbations nocturnes qui ont une certaine importance au point de vue du diagnostic, bien que l'on puisse les rencontrer dans les autres formes d'iritis.

Il y a du larmoiement, de la photophobie très-marquée au début; mais ces symptômes diminuent à mesure que l'épanchement plastique se fait, car il s'oppose au passage des rayons lumineux; l'affaiblissement de la vision augmente au contraire lorsque la photophobie diminue et pour une raison inverse. On observe de la photopsie, si l'inflammation s'étend aux membranes profondes.

Les symptômes généraux sont peu marqués; rarement en effet l'iritis syphilitique a une marche franchement aiguë. Cependant il y a ordinairement un peu de fièvre; elle ne persiste pas pendant tout le cours de la maladie qui finit presque toujours par prendre une marche tout à fait chronique.

L'iritis est généralement accompagnée d'autres symptômes qui sont d'un grand secours pour faire reconnaître la nature de la maladie ; ce sont des éruptions du côté de la peau et des muqueuses, des ulcérations spécifiques, des affections du périoste, etc. etc.

«L'iritis peut être la conséquence de la syphilis congénitale et atteindre les enfants en même temps ou avant même que l'éruption se montre sur tout le corps. Après Lawrence, qui, le premier, a indiqué l'iritis aiguë comme pouvant être produite par la syphilis héréditaire, MM. Walker et Dixon (1) en ont rapporté des cas, et, dans un mémoire ayant pour titre (2) : *des Différentes formes de l'inflammation de l'œil, conséquences de la syphilis héréditaire*, M. J. Hutchinson a eu pour but de donner une description de l'iritis aiguë que l'on observe chez les enfants syphilitiques, et de montrer que cette iritis est une conséquence de la syphilis héréditaire, moins rare qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Cet observateur pense, en outre, que la forme de kérato-iritis que l'on rencontre chez les jeunes sujets, et que l'on désigne sous nom d'*aquo capsulite*, est le plus souvent d'origine spécifique, et il cherche à prouver que la kératite chronique, interstitielle ou scrofuleuse, est presque toujours la conséquence de la syphilis héréditaire; enfin il montre les rapports qui existent entre la diathèse héréditaire et quelques cas de dépôts

(1) Annales d'oculistique, 1853, t. XXIX.

(2) *Ophthalm. hosp. reports,* et Annales d'oculistique, 1856 et 1860.

exsudatifs dans ou sur la rétine, dans ou sur la choroïde (1). »

Causes. — La syphilis est la cause première, mais souvent la maladie est déterminée par des causes occasionnelles, comme l'exposition au froid, la fatigue excessive des yeux, un coup, une chute, etc.

Marche. — L'iritis spécifique a une marche subaiguë ou tout à fait chronique, mais sa forme aiguë n'est jamais aussi franchement inflammatoire que dans l'iritis vulgaire.

La forme chronique peut exister longtemps sans être soupçonnée; il n'y a aucun symptôme fonctionnel ou à peine un peu d'embarras dans l'œil. Si on vient à examiner l'organe, on trouve une déformation de la pupille, un changement de couleur de l'iris; la vue s'affaiblit peu à peu et met quelquefois plusieurs années à se perdre complétement.

Dans la forme subaiguë, l'affection parcourt en vingt à vingt-cinq jours toutes ses périodes; mais il arrive souvent qu'elle passe à l'état chronique, et alors sa durée est indéfinie et elle amène à sa suite les altérations les plus diverses : des adhérences de l'iris, des synéchies, de fausses cataractes, etc.

Traitée de bonne heure, la maladie guérit complétement; mais, lorsqu'elle existe déjà depuis un certain temps, elle laisse souvent des traces de son passage : la

(1) Maladies des yeux, par Warthon-Jones, annot. de M. Foucher. Paris, 1862.

décoloration de l'iris, la déformation de la pupille, etc. Les deux yeux sont ordinairement malades, mais successivement; la récidive est fréquente, ce que l'on n'observe pas dans l'iritis traumatique.

Diagnostic. — Aucun caractère spécial ne distingue l'iritis syphilitique des autres formes.

MM. Mackenzie et Sichel ont signalé un cercle rouillé ou cuivré du bord pupillaire; mais on retrouve cette coloration dans les autres variétés. Les Allemands, et Beer en particulier, ont avancé que la pupille présentait toujours la même déformation dirigée de bas en haut et de dehors en dedans; mais la plus simple observation fait reconnaître que cette assertion n'a pas le moindre fondement.

Les seuls signes qui aient quelque importance sont la marche subaiguë de l'affection, les exacerbations nocturnes, plus fréquentes dans cette variété; encore cette importance n'est-elle que relative.

Heureusement il existe avec l'iritis, comme nous l'avons vu, d'autres symptômes, caractéristiques le plus souvent, et qui mettent sur la voie du diagnostic.

Pronostic. — Lorsque la maladie est prise à temps et traitée convenablement, elle guérit bien; mais il n'en est pas de même dans le cas contraire, et nous avons vu qu'elle peut alors amener des désordres graves; elle s'étend aux autres parties de l'œil, et la perte de la vision en est souvent la conséquence.

La forme chronique est la plus grave, à cause de sa

marche insidieuse qui lui permet d'altérer profondément l'organe avant d'attirer l'attention.

Traitement. — Le traitement doit être énergique. Aussitôt qu'on a reconnu l'affection, on a recours aux antiphlogistiques et aux altérants ; 12 à 15 sangsues à la tempe, et en même temps on donne le calomel à doses fractionnées (0,10 à 0,20 centigr. en 20 paquets à prendre dans la journée) jusqu'à production d'une légère gingivite. Si l'inflammation était très-vive, on commencerait par une forte saignée.

S'il y a des douleurs violentes, on associe l'opium au calomel (poudre de Dower et calomel āā 0,20 centigr. pour 20 paquets).

Si les symptômes ne s'amendent pas, on a recours à une nouvelle application de sangsues, qu'on peut même répéter une troisième fois.

On fait des onctions autour de l'orbite avec la pommade suivante :

Onguent napolitain.	2 p.
Belladone.	1 p.

On s'oppose aux adhérences de l'iris en faisant instiller tous les jours dans l'œil quelques gouttes d'un collyre ainsi composé :

Sulfate neutre d'atropine. .	0,01 à 0,10 centigr.
Eau distillée.	100 gram.

L'atropine a sur l'extrait de belladone l'avantage de ne produire ni chaleur ni irritation de l'œil. Lorsque

l'iritis est en voie de résolution, on accélère la guérison par l'application de vésicatoires autour de l'orbite.

Les Anglais, et surtout Carmichaël, ont vanté l'huile de térébenthine contre l'iritis syphilitique; en France les résultats n'ont pas répondu à l'attente des expérimentateurs.

M. Desmarres emploie le bichromate de potasse; mais nous croyons que l'action de ce médicament est tout aussi problématique dans l'iritis que dans les autres accidents syphilitiques.

Lorsque l'affection locale est guérie, on doit continuer le traitement mercuriel pendant un certain temps pour s'opposer aux récidives; on remplace le calomel par le proto-iodure ou le sublimé. On a rarement besoin de donner l'iodure de potassium.

Lésions des parties profondes de l'œil. — Ce n'est que dans ces dernières années, comme nous l'avons déjà dit, que l'on a étudié les altérations des parties de l'œil qui échappent à l'examen direct. L'ophthalmoscope n'a pas encore dit son dernier mot sur les affections diverses qui peuvent se montrer dans le segment postérieur du globe oculaire, mais déjà plusieurs points ont été suffisamment éclairés, et l'on peut tracer une histoire assez complète de plusieurs de ces lésions dont l'existence n'était pas même soupçonnée avant la découverte d'Helmholtz.

Les observateurs qui se sont surtout occupés de l'étude de ces affections sont, au premier rang, MM. de

Graefe (1), Follin (2), Cusco, Sichel et Desmarres, etc., qui ont élucidé plusieurs points importants ; notre excellent confrère et ami le D[r] Schulze (3), qui a soutenu une bonne thèse sur la choroïdite syphilitique ; M. Zambaco (4), qui, dans son livre sur les affections nerveuses syphilitiques, a consacré un chapitre entier à l'amaurose et à l'amblyopie syphilitiques ; M. Métaxas (5), dont la remarquable dissertation inaugurale renferme un grand nombre de considérations intéressantes sur le sujet qui nous occupe.

Nous avons pu nous-mêmes étudier la plupart de ces lésions dans les hôpitaux, et l'un de nous en particulier dans le service et sous les yeux de M. le professeur Follin, dont il était alors l'interne. C'est à l'aide de ces différents travaux, et de ce que nous avons pu observer nous-mêmes, que nous allons essayer de donner un aperçu, aussi complet que le permet l'état de la science, des différentes altérations que la syphilis peut amener dans les parties de l'appareil de la vision, inaccessibles à l'examen direct.

Choroïdite. — L'inflammation de la choroïde peut se présenter sous deux formes différentes, la *congestion* et l'*épanchement plastique* (choroïdite congestive et cho-

(1) Des Affections syphilitiques des yeux (*Archives générales de médecine*, analyse, 1859).

(2) Leçons sur l'exploration de l'œil, réd. par M. Thomas. Paris, 1863.

(3) De la Choroïdite syphilitique, Thèses Paris, 1859.

(4) Maladies nerveuses syphilitiques. Paris, 1862.

(5) De l'Exploration de la rétine et des altérations de cette membrane, Thèses Paris, 1861.

roïdite exsudative), qui ne sont souvent que les périodes plus ou moins avancées de la même affection.

Dans la variété congestive, il y a hypérémie de la membrane, engorgement des vaisseaux; dans la variété exsudative, il se fait un épanchement plus ou moins abondant de lymphe à la surface de la choroïde.

Symptômes.—Les symptômes de la choroïdite syphilitique doivent être divisés en symptômes objectifs, fonctionnels et ophthalmoscopiques; ces derniers, de beaucoup les plus importants, sont les seuls qui permettent de reconnaître la nature de la lésion, et de la distinguer des autres affections des membranes profondes de l'œil; les symptômes objectifs et subjectifs peuvent tout au plus faire soupçonner l'existence de la maladie.

Symptômes objectifs. — L'examen direct de l'œil donne des signes qui ont une certaine valeur, car ils attirent l'attention, et permettent de soupçonner certaines lésions profondes sur l'existence desquelles l'ophthalmoscope, dont on ne devra jamais négliger l'emploi dans ces circonstances, viendra jeter une lumière éclatante.

On trouve sur le blanc de l'œil des vaisseaux fortement injectés, ils suivent la direction des muscles droits, et décrivent, en s'anastomosant, de larges arcades de formes irrégulières.

Lorsque la congestion est vive, phénomène rare dans la syphilis, les vaisseaux de la sclérotique sont également injectés, ils sont plus petits que les précédents, rectilignes; ils s'étendent du pourtour de la cornée où

ils forment le *cercle radié péricornéal*, vers l'orbite, en diminuant de volume, et en devenant de moins en moins visibles.

Lorsque la maladie a duré un certain temps, ou bien lorsqu'elle passe à la forme exsudative, ces caractères s'accentuent de plus en plus; on peut même voir la sclérotique prendre un aspect bleuâtre, par suite de son amincissement qui permet d'apercevoir la choroïde. L'iris, qui d'abord avait conservé son état normal, devient paresseux, sa surface se ternit, la pupille se déforme, etc. Nous verrons que souvent alors les autres parties de l'œil deviennent également malades, la rétine s'altère, et l'humeur vitrée et le cristallin n'échappent pas toujours à la maladie.

Symptômes fonctionnels. — Le début de l'affection est souvent insidieux. La douleur n'est pas constante; elle se montre dans le globe oculaire ou dans les parties voisines, autour de l'orbite; le plus souvent c'est un sentiment de gêne, de lourdeur, de distension plutôt qu'une véritable douleur.

Des troubles variés de la vision accompagnent ces symptômes. D'abord, c'est une espèce de lassitude oculaire, le moindre travail sur les petits objets fatigue le malade; bientôt il lui semble avoir un voile devant les yeux; il voit comme à travers un nuage qui s'épaissit peu à peu. La compression de la rétine amène de la photopsie; des phantasmes, des cercles lumineux, sont constamment ou par moment devant les yeux, la lumière d'une bougie semble irisée, etc. On observe

encore d'autres phénomènes, c'est l'apparition de mouches volantes, de corps noirs de diverses formes qui flottent devant l'œil, etc.

Ces symptômes sont les mêmes dans les variétés congestive et exsudative; ils sont plus accentués dans cette dernière. Leur importance a beaucoup perdu de sa valeur, aujourd'hui que l'ophthalmoscope permet de reconnaître si facilement les lésions qui y donnent lieu, et celles qui peuvent en être la suite, comme l'atrophie de la choroïde, la macération du pigment, le décollement de la rétine, etc.

Signes ophthalmoscopiques. — 1° *Forme congestive.* Le fond de l'œil, examiné à l'ophthalmoscope, offre une teinte rouge foncé, très-différente de sa coloration rosée normale. Avec un peu d'attention, on distingue facilement, à travers la rétine qui a une transparence parfaite, les vaisseaux tortueux de la choroïde dont la disposition spéciale est si remarquable. L'hypérémie de ces vaisseaux simule, comme on dit avec juste raison, une injection bien réussie des *vasa vorticosa.*

Cette injection des vaisseaux choroïdiens est très-évidente dans les yeux blonds et chez les vieillards; dans les yeux bruns, l'abondance du pigment en masque souvent en partie l'existence.

2° *Forme exsudative.* — L'hypérémie choroïdienne peut être la seule lésion que l'on observe pendant longtemps; la maladie s'arrête même quelquefois à cette première période. Le plus souvent cependant, il se produit, au bout d'un certain temps, un épanche-

ment plus ou moins abondant de lymphe, et cet épanchement paraît se faire plus facilement dans la choroïdite syphilitique que dans les autres espèces. Il est tantôt étendu à la plus grande partie de la membrane, tantôt limité à certains points. Dans le premier cas, il forme comme un nuage léger, une lamelle mince, qui se trouve uniformément répandu à la surface de la choroïde; dans le second, au contraire, il se présente sous l'apparence de points (*choroïdite pointillée*), de bandes, de plaques d'épaisseur et de dimension variable. A la circonférence des exsudats, on trouve les vaisseaux choroïdiens hypérémiés. Ces exsudats ont toujours une certaine saillie, ce qui les distingue des atrophies de la choroïde. Outre ces exsudats, et à côté d'eux, on trouve des plaques noirâtres (*macération du pigment* de M. Desmarres) formées par l'agglomération du pigment; ces amas pigmentaires sont accompagnés de taches jaunâtres qui, plus tard, deviennent blanches (*atrophie pigmentaire*), taches dues à l'altération des cellules pigmentaires qui ne renferment plus de matière colorante, et permettent d'apercevoir au-dessous d'elles le lacis jaunâtre des vaisseaux choroïdiens. Ces altérations laissent après elles des plaques d'un blanc de lait formées par la sclérotique, mise à nu par l'atrophie de la choroïde.

Enfin on peut rencontrer encore dans cette affection des taches rougeâtres dues à des épanchements sanguins, conséquence de la rupture des vaisseaux.

RÉTINITE. — L'inflammation de la rétine n'a été ob-

servée jusqu'à ce jour que sous la forme chronique, dans la syphilis. Comme la choroïdite à laquelle elle succède souvent et qui l'accompagne presque toujours, elle se présente sous deux aspects différents connus sous les noms de *rétinite congestive* et *exsudative*. Les symptômes objectifs et fonctionnels sont sensiblement les mêmes dans les deux variétés; ils sont seulement plus développés dans la forme plastique que dans la simple hypérémie, qui n'en est souvent du reste que la première période.

Symptômes objectifs. Ils sont peu nombreux, peuvent manquer, et ne suffisent jamais pour faire reconnaître la nature de la lésion.

L'œil reste pendant longtemps à l'état normal. A une certaine époque, on trouve le globe oculaire plus dur, l'iris se contracte difficilement, la pupille est resserrée, enfin on voit apparaître sur la sclérotique de nombreux vaisseaux qui donnent à cette membrane une teinte d'un rouge plus ou moins vif.

Symptômes fonctionnels. Le malade ressent des douleurs vagues dans le globe oculaire; sa vue se fatigue aisément, surtout lorsqu'il faut regarder des objets de petites dimensions; les lettres d'un livre paraissent irrégulières, se mêlent, semblent entourées ou masquées par une ombre plus ou moins épaisse.

Plus tard, la douleur est vive, il y a en même temps de la photopsie, le malade a constamment devant les yeux des cercles lumineux, des taches, des mouches volantes, etc.

Lorsque la maladie arrive à sa dernière période, les phénomènes lumineux disparaissent peu à peu, la sensibilité de la rétine diminue de plus en plus, elle finit même quelquefois par s'éteindre complétement, les malades sont amaurotiques.

Signes ophthalmoscopiques. — Les caractères que l'ophthalmoscope permet de reconnaître sont de la dernière importance, et, comme pour la choroïdite, ce sont eux seuls qui permettent de reconnaître d'une façon précise la nature de la lésion.

1° *Forme congestive.* La rétine a perdu sa transparence, elle présente une rougeur générale ou partielle; le fond de l'œil est souvent d'un rouge assez intense pour qu'il soit difficile de reconnaître le point occupé par la papille. L'hypérémie est surtout marquée au niveau de celle-ci; elle a perdu sa couleur blanche, elle a une coloration rosée due à la présence de petits vaisseaux très-nombreux qui la recouvrent (*hypérémie papillaire*). L'injection s'étend bientôt au reste de la membrane, qui présente alors une teinte rouge uniforme.

2° *Forme exsudative.* L'hypérémie existe encore, mais à l'injection et à la dilatation des vaisseaux rétiniens sont venues se joindre de nouvelles lésions. On trouve à la surface de la membrane sensitive des taches plus ou moins saillantes, de forme variable, irrégulièrement disséminées; leur couleur est blanchâtre; elles se présentent tantôt sous forme de bandes qui longent les vaisseaux, tantôt sous forme de saillies placées entre

eux. Ces saillies sont faciles à distinguer des exsudats choroïdiens; on voit en effet les vaisseaux de la rétine s'enfoncer dans leur épaisseur, disparaître un moment et reparaître au delà de l'exsudat; dans les épanchements plastiques de la choroïde au contraire, on reconnaît facilement que les vaisseaux de la rétine passent au devant des produits morbides, et ils ne présentent aucune solution de continuité apparente.

Autres altérations des parties profondes de l'œil *dues à la syphilis et que l'emploi de l'ophthalmoscope permet de reconnaître.* — Nous avons déjà laissé entrevoir que toutes les parties de l'œil peuvent être affectées par le virus syphilitique, nous avons dit que l'on peut observer, outre la choroïdite et la rétinite, des épanchements sanguins causés par une distension trop grande des vaisseaux que renferment ces deux membranes, mais il nous reste encore à décrire quelques lésions des parties profondes de l'œil que l'on rencontre assez fréquemment dans la syphilis; nous signalerons surtout trois de ces altérations: le *décollement de la rétine*, l'*atrophie de la papille*, et les *corps flottants du corps vitré.*

Le *décollement de la rétine* est dû à un épanchement de liquide qui se fait entre la choroïde et la rétine. Cette lésion est difficile à reconnaître par l'examen direct lorsque la maladie est bien caractérisée, impossible à diagnostiquer lorsqu'elle est peu avancée. A l'aide de l'ophthalmoscope, on en observe facilement les caractères; on trouve au fond de l'œil une saillie

jaunâtre, de volume variable, qui se déplace lorsque l'on imprime des mouvements à la tête du malade; à la surface de cette masse flottante rampent les vaisseaux de la rétine.

Cette lésion accompagne la choroïdite et la rétinite, mais elle peut exister seule; elle s'annonce par un nuage obscur dans le champ visuel; mais ce nuage a ceci de particulier, dit M. Follin, qu'il coupe les objets par la moitié et en masque le plus souvent la partie supérieure.

Le champ visuel varie avec la position de la tête, l'étendue du décollement; les objets sont tremblotants, colorés, ils n'ont plus leur netteté habituelle.

Atrophie de la papille. — M. de Graefe a le premier rattaché l'atrophie papillaire à la syphilis; c'est une lésion rare, dont l'histoire est peu connue. On la reconnaîtra aux caractères suivants : la surface papillaire est diminuée, elle est échancrée sur un ou plusieurs points de ses bords, au lieu d'être régulièrement circulaire. La papille présente une blancheur anormale, les vaisseaux qui sont à sa surface sont plus petits.

Corps flottants dans le corps vitré. Chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle, on rencontre surtout avec les affections des membranes profondes, quelquefois avec l'iritis, des exsudats de formes diverses dans le corps vitré. Ces exsudats suivent les mouvements que l'on imprime à la tête, ils sont plus ou moins nombreux. L'un de nous a eu l'occasion de les

observer chez une jeune fille atteinte de syphilis; leur quantité était telle que le corps vitré en était littéralement rempli et qu'il était impossible d'apercevoir les membranes profondes; peu à peu ils disparurent sous l'influence du traitement spécifique, et alors il devint facile de reconnaître la présence d'exsudats choroïdiens nombreux entourant les papilles, exsudats qui, au bout d'un traitement de plusieurs mois, ne laissaient plus aucune trace.

Quelques auteurs regardent encore comme appartenant à la syphilis certaines suffusions séreuses étendues à toutes les parties du globe oculaire et sans circonscription dans aucun point.

Marche, durée, terminaisons. — Les altérations des membranes profondes peuvent se montrer avec les accidents précoces de la syphilis, mais le plus souvent ils n'apparaissent qu'à une époque plus ou moins tardive. La choroïde est généralement, sinon toujours, la première atteinte par le virus, elle se congestionne, et l'hypérémie peut constituer toute la maladie; mais ordinairement, après une certaine durée, on voit la forme exsudative lui succéder. La rétine devient alors malade à son tour, et ses altérations passent par les mêmes phases que celles de la choroïde. Si le traitement ne vient pas s'opposer à l'extension de la maladie, les autres parties de l'œil s'altèrent à leur tour, des exsudats apparaissent dans le corps vitré, le cristallin lui-même peut devenir opaque.

La maladie met plusieurs mois et quelquefois plu-

sieurs années à parcourir ses différentes périodes; souvent aussi elle s'arrête à une certaine époque, et les altérations ne font plus de progrès. Peut-elle disparaître spontanément ? Il est impossible de le dire dans l'état actuel de nos connaissances.

Le trouble des fonctions visuelles suit la même gradation que les lésions. Au début, la vue est simplement affaiblie, mais encore nette ; bientôt elle s'obscurcit, il semble au malade qu'un nuage est placé devant les objets, ce nuage s'épaissit peu à peu, et il arrive un moment où le malade ne voit plus même pour se conduire.

La marche de l'amaurose syphilitique est du reste fort irrégulière et ses récidives sont fréquentes.

Diagnostic. — Lorsque l'on constate chez un malade un affaiblissement plus ou moins marqué de la vue, le premier point dont on doit s'assurer, c'est de savoir si l'altération a pour cause une lésion oculaire ou extra-oculaire, si elle est essentielle ou due à un simple vice de l'accommodation.

Les vices de l'accommodation et les signes à l'aide desquels on peut les reconnaître sont assez généralement connus pour qu'il soit inutile de les décrire.

Les amauroses essentielles, c'est-à-dire sans lésion, se distinguent précisément des autres par cette absence de caractères anatomiques.

Les amauroses cérébrales s'accompagnent, dans un certain nombre de cas, d'autres signes du côté du système nerveux central. La plupart des ophthalmologues

s'accordent à dire que les diverses altérations de la papille (dépression, déformation, œdème, etc.) indiquent souvent une lésion du cerveau.

Les troubles de la vue dus à une lésion oculaire sont aujourd'hui très-faciles à reconnaître. L'examen direct, l'éclairage oblique au besoin, suffiront pour le diagnostic des affections qui occupent les milieux transparents de l'œil, et l'ophthalmoscope fera connaître celles des membranes profondes.

Ces généralités posées, reste à savoir s'il existe certains signes qui peuvent permettre de distinguer les affections de l'œil qui se montrent sous l'influence de la diathèse, des mêmes affections dues à d'autres causes.

Nous avons déjà dit que l'iritis spécifique n'avait aucun caractère qui lui appartînt en propre, et que le diagnostic ne pouvait se faire que d'après les symptômes concomitants et les antécédents du malade. Eh bien ! on peut en dire à peu près autant des choroïdites et rétinites syphilitiques, leurs caractères anatomiques, et par conséquent ophthalmoscopiques, sont sensiblement les mêmes que lorsque ces affections reconnaissent d'autres maladies pour causes; cependant on a remarqué que certaines dispositions des altérations morbides appartiennent plus spécialement à la syphilis. Ainsi les lésions sont souvent limitées aux environs de la papille. La choroïdite exsudative limitée au segment postérieur est syphilitique dans les trois quarts des cas (de Graefe). La rétinite spécifique est souvent caractérisée par un nuage grisâtre recouvrant la papille, devenant de moins en moins épais

vers l'*ora serrata,* et s'accompagnant de flocons dans le corps vitré. On a aussi donné comme appartenant plus spécialement à la diathèse la distribution irrégulière du pigment choroïdien, abondant sur certains points, absent sur d'autres.

Ces caractères ne sont pas constants, ils sont loin d'être pathognomoniques; aussi, dans la plupart des cas, est-ce à l'aide des antécédents des malades, des autres signes diathésiques qui peuvent exister, qu'on arrivera au diagnostic. Du reste l'existence reconnue des lésions dont nous avons donné la description devra suffire pour attirer l'attention du praticien; si le moindre doute existe sur la nature de l'affection, on soumettra sans hésiter le malade au traitement spécifique, et le résultat qu'il donnera viendra éclairer le diagnostic.

Quant aux autres altérations que peuvent présenter les membranes profondes de l'œil, elles ont souvent des caractères tellement remarquables, qu'il suffit de les avoir vues une fois pour ne plus les oublier; nous ne pouvons les décrire ici, nous ne ferons que rappeler en quelques mots les principales d'entre elles et leurs signes principaux.

La choroïdite atrophique (Follin) (scléro-choroïdite postérieure, staphylome postérieur) a pour caractère pathognomonique la tache blanche, brillante, qui enchâsse le côté externe de la papille; elle s'étend quelquefois au côté interne.

Le glaucôme a également des caractères spéciaux, l'enfoncement de la papille, les battements spontanés

des artères, le déplacement des vaisseaux qui sortent de la papille.

L'amaurose albuminurique donne lieu, au début, à une simple hypérémie de la rétine; mais bientôt on distingue un nuage blanchâtre, qui de la papille s'étend vers l'*ora serrata*. A ces altérations succèdent des lésions caractéristiques de la maladie de Bright : ce sont des plaques ecchymotiques irrégulièrement entremêlées avec des taches jaunâtres, d'aspect brillant, nettement circonscrites, un peu saillantes à la surface de la rétine, qui a perdu en partie sa transparence.

Pronostic. — Les troubles légers, les hypérémies qui se montrent avec les accidents précoces, guérissent facilement; mais les lésions tardives laissent souvent, même après leur guérison, des altérations plus ou moins sensibles de la vision.

La gravité augmente avec l'ancienneté et l'étendue des lésions; mais, de toutes les altérations des membranes profondes, celles qui reconnaissent la syphilis pour cause guérissent mieux et plus facilement.

Le début insidieux de la maladie doit aussi entrer en ligne de compte pour le pronostic. Souvent en effet les altérations ont déjà fait de grands progrès, et l'affaiblissement de la vue n'étant pas toujours en rapport avec l'étendue et l'ancienneté des lésions, le malade ne vient consulter que fort tard; d'un autre côté, comme l'affection oculaire se montre seule dans bon nombre de cas, et à une époque éloignée de l'accident primitif, on est porté à attribuer les troubles de la vue à d'autres

causes. Ces circonstances retardent l'emploi de la médication spécifique, et laissent aggraver des lésions qui disparaîtraient sans laisser de traces dans l'immense majorité des cas, si un traitement convenable était administré à temps.

Traitement. — Les lésions syphilitiques des parties profondes de l'œil réclament, dans tous les cas, un traitement spécifique énergique. Si l'affection se montre à une époque peu avancée de la diathèse, le mercure seul suffira pour obtenir la guérison ; si au contraire elle se montre tardivement, on devra associer l'iodure de potassium aux composés hydrargyriques. Nous sommes loin de croire, avec notre excellent ami le Dr Schultz (1), que l'emploi de l'iodure de potassium puisse être contre-indiqué dans les affections syphilitiques des yeux, sous prétexte qu'il amène des phénomènes de congestion oculaire. Nous sommes d'avis au contraire d'employer, dans presque tous les cas, les deux médicaments ; on sait en effet que l'iodure accélère beaucoup l'action du mercure ; or, pour un organe aussi important et aussi délicat que l'œil, on ne saurait agir trop vite. Lorsque les lésions auront disparu, on continuera le mercure seul pendant quelques semaines, pour éviter les récidives.

Les spécifiques forment la base du traitement, mais on ne doit pas négliger les autres moyens. S'il y a des phénomènes de congestion, on aura recours aux anti-

(1) Loc. cit., p. 33.

phlogistiques. Les purgatifs répétés rendront également des services. A la fin du traitement, on se trouvera bien de l'emploi des révulsifs, qui accéléreront, dans une certaine mesure, la disparition des altérations morbides.

LÉSIONS DES PAUPIÈRES ET DE L'APPAREIL LACRYMAL.

1° PAUPIÈRES. — Chacun des tissus qui entrent dans la texture des voiles palpébraux peut devenir le siége de lésions spécifiques; mais, comme ces lésions ne présentent rien de particulier, nous ne ferons que les signaler.

On a rapporté des observations de chancre des paupières; les syphilides ne respectent pas la peau qui les recouvre; les plaques muqueuses s'observent aux commissures, etc. Les altérations s'étendent quelquefois aux glandes et donnent naissance à des blépharites spécifiques; enfin les gommes du grand angle de l'œil ne sont pas rares.

2° APPAREIL LACRYMAL. — On trouve dans les ouvrages des ophthalmologues et des syphiliographes un certain nombre de faits qui ont été rapportés à la syphilis.

Fabre, Gardane, Hunter, reconnaissent que les fistules lacrymales peuvent être la suite de la syphilis. B. Bell, Swediaur, Wenzel, admettent également qu'elles peuvent être la conséquence de la vérole. Demours, Boyer, Chelius, Lagneau père, etc., signalent les tu-

meurs et fistules lacrymales comme les suites possibles de l'infection. Vidal (de Cassis), M. Velpeau, recommandent de modifier la diathèse par un traitement général avant d'avoir recours aux moyens chirurgicaux. M. Tavignot (1), dans une note sur ce sujet, insiste d'une façon toute particulière sur l'hypérostose du maxillaire supérieur, qui peut se montrer aussi sur le frontal, sur l'unguis, et produire des altérations diverses de l'appareil lacrymal. Le cathétérisme du canal nasal, selon cet oculiste, fait reconnaître les hypérostoses développées dans l'intérieur du conduit.

M. Lagneau (2) a rassemblé dans un excellent mémoire tous les faits connus dans la science, et il en a ajouté plusieurs qui lui sont propres. L'étude approfondie de ces faits l'a conduit aux conclusions suivantes :

« La nature syphilitique de certaines affections des voies lacrymales paraît démontrée.

« Elles reconnaissent le plus souvent pour cause une lésion osseuse (périostose, exostose, carie, nécrose); elles tiennent plus rarement à une altération des parties molles.

« On se guidera, pour établir son diagnostic, sur les caractères qui suivent :

« La présence d'un gonflement dur, résistant, enfin osseux, constaté soit par le doigt à la partie inférieure

(1) Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1848.

(2) Maladies syphilitiques des voies lacrymales (*Archives générales de médecine*, 1857).

et interne de l'orbite, soit au moyen du cathétérisme du canal nasal.

« L'aspect syphilitique de l'orifice cutané de la fistule.

« La coexistence d'accidents spécifiques de la muqueuse et des os de la voûte palatine et des fosses nasales, la céphalée et les exostoses sus-orbitaires, enfin l'existence d'antécédents syphilitiques.

« La marche de l'affection est lente, quoique parfois avec une certaine apparence inflammatoire érysipélateuse.

« Les lésions sont curables par le traitement spécifique, quand il est employé à temps. Dans tous les cas, ce n'est que consécutivement à l'emploi du traitement général que l'on devra s'adresser au moyen local, en admettant que les spécifiques ne suffisent pas pour amener la guérison. »



LÉSIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Si l'on en excepte les affections des organes génitaux externes, rien de plus obscur que la syphilis des autres parties du système urinaire. Ainsi les lésions des reins, des uretères et de la vessie, sont à peine soupçonnées; on peut en dire autant des affections de l'utérus et de ses annexes. La plupart des observations rapportées sont incomplètes. Ici, comme pour les autres viscères, les altérations présenteraient deux périodes distinctes,

une première, hypertrophique; une seconde, atrophique.

Il y a plusieurs années déjà, M. Rayer (1) a appelé l'attention sur une dégénérescence spéciale des reins, qui a été décrite depuis sous les noms de *cireuse* par Rokitanski, *cholestérique* par Meckel, *amyloïde* par Virchow, *cérumineuse* par Frerichs. Cette altération a été rattachée à la scrofule par Wilks et par M. Bazin; elle se rencontre souvent dans la syphilis tertiaire.

Virchow lui-même, auquel on est constamment obligé d'avoir recours lorsqu'on étudie la syphilis viscérale, admet « une néphrite interstitielle, tantôt développée en plusieurs points des reins, tantôt locale. Cette altération produit l'induration et la rétraction du tissu conjonctif, la dégénérescence graisseuse et l'atrophie de l'épithélium des canalicules séminifères, et enfin des dépressions cicatricielles profondes à la surface des reins. »

Le même auteur a encore observé une dégénérescence diffuse du stroma rénal, l'augmentation de volume et la dégénérescence graisseuse des capsules surrénales.

Comme le fait remarquer M. Rayer, les lésions des reins sont et resteront longtemps obscures, à cause de la difficulté du diagnostic.

Les altérations de la vessie sont moins connues encore, et celles des uretères entièrement hypothétiques.

On conçoit facilement que l'on n'a pas encore pu

(1) Traité des maladies des reins, 1840.

jusqu'à ce jour faire la symptomatologie de ces affections, dont on commence à peine à entrevoir les lésions matérielles et dont on reconnaît difficilement encore la nature, lorsque l'on a les pièces anatomiques sous les yeux.

TESTICULE SYPHILITIQUE.

Le testicule syphilitique est caractérisé par un épaississement du tissu fibreux, et un épanchement plastique dans l'intérieur de l'organe.

Entrevue par Astruc, incomplétement décrite par B. Bell, mieux étudiée par A. Cooper et Dupuytren, cette affection n'est bien connue que depuis les travaux entrepris depuis quelques années. M. Ricord en a fait une étude spéciale sous le nom d'*albuginite syphilitique*, et ses savantes observations ont été complétées par Vidal, MM. Nélaton, Curling, Gosselin, J. Hamilton, Ludlow, Cruveilhier, Hélot, Rollet, Virchow, etc.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques siégent dans l'enveloppe et le tissu de l'organe.

La tunique albuginée est épaissie, résistante (*périorchite* de Virchow), ainsi que les cloisons qui pénètrent dans l'intérieur de la masse testiculaire.

Le tissu séminal est infiltré de matière plastique, déposée sous forme de plaques ou de zones isolées ou réunies. A une période un peu avancée de la maladie, il est difficile de retrouver les tubes séminifères au milieu de l'épanchement; ils disparaissent quelquefois entièrement. Quand ils existent encore, on trouve dans

leur intérieur la même exsudation jaunâtre qui tapisse leurs parois.

La tunique vaginale, au début de l'affection, est le siége d'un épanchement qui se résorbe ordinairement assez vite ; il se forme plus tard des adhérences entre la séreuse et l'albuginée.

On peut ne rencontrer que ces altérations, mais le plus souvent on trouve concurremment les lésions de l'orchite gommeuse, qui a été fort bien décrite par M. Ricord. Il existe dans ce cas, irrégulièrement répandues au milieu du tissu de l'organe, de petites tumeurs dont le volume varie d'un grain de mil à une noix, elles sont de couleur jaunâtre, et ne diffèrent en rien des gommes que l'on rencontre dans les autres organes. Quelquefois il n'y a qu'une seule tumeur, plus souvent il en existe plusieurs.

Les deux testicules sont ordinairement malades, seulement les lésions sont plus avancées dans l'un ou dans l'autre. L'épididyme reste sain dans la plupart des cas, ou, s'il se prend, ce n'est que fort tard, lorsque déjà les lésions existent depuis longtemps dans les testicules.

Les gommes qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané du scrotum ne présentent rien de particulier à noter, leur marche est celle des gommes, telle que nous l'avons décrite en faisant l'histoire générale de ces tumeurs.

Symptomatologie. — Le début de la maladie est insidieux ; c'est à peine s'il existe dans quelques cas une

légère douleur gravative, et le plus souvent le malade ne s'aperçoit de la présence de la tumeur que lorsqu'elle a pris un certain accroissement et qu'elle le gêne par son poids.

Pendant la première période de l'affection, on trouve dans l'épaisseur du testicule de petits noyaux durs, formés par l'exsudation plastique. La tunique vaginale est le siége d'un épanchement peu abondant.

A une époque plus avancée, l'albuginée est épaissie, résistante, et à ce moment l'organe malade forme une tumeur allongée, lisse, sans adhérence à la peau', indolente à la pression, ou rappelant dans certains points la douleur spéciale au testicule, lorsque l'organe n'est pas encore entièrement envahi. Le volume de cette tumeur est variable : il égale celui des deux poings réunis dans quelques cas, mais ordinairement il est moindre.

L'épididyme, qui est sain, à part quelques exceptions, se trouve appliqué contre la tumeur, en arrière et au-dessus de laquelle il est placé. Le cordon ne se prend jamais, les ganglions inguinaux restent intacts.

Un seul testicule est d'abord malade; mais, au bout de peu de temps, l'autre le devient, et alors la maladie parcourt simultanément ses diverses périodes dans les deux organes. Dans quelques cas, la lésion envahit les deux testicules en même temps.

Lorsque la maladie a duré longtemps, la tunique albuginée peut céder, et il se forme alors un fongus syphilitique, fongus dont l'existence ne peut être rejetée aujourd'hui, après les observations concluantes

rapportées par M. Rollet (1). Dans ces cas, les choses se passent de la façon suivante : La tumeur, qui avait pris un accroissement énorme, devient douloureuse; elle se ramollit en un point assez limité, ordinairement en avant. La peau du scrotum devient adhérente à la tumeur, s'enflamme, rougit, s'amincit, et finit par se perforer.

La solution de continuité laisse passer une substance fongueuse qui prend bientôt la forme d'un champignon. La douleur cesse ordinairement, lorsque la peau a cédé. Le volume de la partie saillante augmente peu à peu, elle acquiert quelquefois un accroissement considérable, et la plus grande partie du testicule peut s'échapper ainsi au dehors. La tumeur n'adhère pas aux bords de l'ouverture qui lui donne passage, et, en la soulevant un peu, on voit qu'elle plonge dans l'intérieur de l'organe, avec lequel elle se continue. Il existe des tubes séminifères dans son épaisseur, perdus au milieu du tissu plastique. La surface du fongus est bourgeonnante, granuleuse, rougeâtre ou d'aspect jaunâtre; elle sécrète un liquide sanieux dans certains cas, du pus de bonne nature dans d'autres.

Cet accident du testicule syphilitique a été décrit par Lawrence, Cooper, MM. Jarjavay, Curling; mais ces auteurs n'ont pas su en reconnaître la véritable nature; c'est à M. Rollet que revient cet honneur.

Le testicule syphilitique est souvent accompagné d'autres accidents tardifs : ce sont des syphilides pro-

(1) Mémoire sur le sarcocèle fongueux syphilitique. Lyon, 1858.

fondes, des gommes, des affections des os, etc., accidents dont la présence est souvent d'un grand secours pour le diagnostic.

Comme M. Ricord l'a le premier noté, dans l'albuginite la sécrétion du sperme diminue, les spermatozoaires disparaissent peu à peu. Les désirs vénériens sont peu marqués, les érections difficiles, et, si la maladie n'est pas enrayée, il y aura un moment où les fonctions génitales seront complétement abolies.

Marche, durée, terminaisons. — La marche de l'albuginite spécifique est essentiellement chronique; sa durée peut être de plusieurs années. Cette lésion, abandonnée à elle-même, n'a aucune tendance à disparaître spontanément; mais elle guérit bien sous l'influence d'un traitement approprié, et, à moins que les tubes séminifères n'aient complétement disparu, l'organe revient à l'état normal et reprend ses fonctions physiologiques.

Dans les cas rares où la tunique albuginée et la peau se perforent, en un mot lorsqu'il se forme un fongus, la marche de celui-ci est aussi très-lente, et guérit également sous l'influence du traitement spécifique.

Le testicule syphilitique est un accident tardif; l'époque de son apparition varie un peu, aussi est-on obligé, si l'on admet la division classique, d'en faire tantôt un accident de transition, tantôt un accident tertiaire. On l'observe même quelquefois pendant le cours de la période secondaire.

Diagnostic. — On ne peut confondre cette affection avec aucune lésion aiguë du testicule, et parmi les tu-

meurs à marche chronique, celles qui doivent surtout en être distinguées sont : l'orchite chronique, les tubercules, le cancer et le fongus bénin.

Avant de donner les signes qui serviront à différencier ces différentes affections, établissons d'abord ce fait, que, dans beaucoup de cas, le diagnostic des tumeurs chroniques des testicules est extrêmement difficile; les praticiens les plus éminents hésitent souvent, et se trompent quelquefois!

Le cancer, à son début, n'a aucun signe qui puisse le faire reconnaître, et s'il n'existe aucun symptôme antérieur ou concomitant qui vienne éclairer le diagnostic, le praticien n'aura pour se tirer d'embarras, comme le fait remarquer Curling, que l'essai du traitement spécifique qui n'empêchera nullement la maladie de suivre sa marche habituelle dans le cas de cancer, et qui, au contraire, fera diminuer assez rapidement la tumeur si l'on a affaire à un testicule syphilitique.

A une période plus avancée du cancer, la difficulté du diagnostic diminue. Le testicule, uniformément gonflé, présente une légère douleur à la pression, puis apparaissent des bosselures; la tumeur se ramollit dans certains points qui donnent la sensation de la fluctuation alors même qu'il n'y a pas de liquide; le cordon spermatique s'engorge, les ganglions deviennent malades, les veines du scrotum se dilatent. A cette époque, la constitution s'altère, le malade maigrit, perd l'appétit, présente une teinte particulière, etc.

Plus tard encore, le scrotum devient adhérent à la tumeur, s'ulcère, et laisse passer une masse fongueuse

d'où s'écoule un liquide sanieux d'une odeur désagréable. Des hémorrhagies répétées ont lieu à la surface de cette saillie dont le bourgeonnement se fait avec rapidité, etc.; un seul testicule est pris dans la presque généralité des cas, et même, comme le fait remarquer M. Gosselin, lorsque la récidive a lieu après l'ablation, elle se fait plutôt dans les ganglions ou les autres viscères, que dans le second testicule.

Les tubercules du testicule envahissent d'abord l'épididyme; c'est la tête qui présente les premières altérations; le cordon se prend de bonne heure. A une époque assez peu avancée encore, il se forme de petits ulcères à l'ouverture desquels on voit s'échapper un liquide grumeleux, et qui laissent après eux une fistule dont le trajet donne la sensation d'un cordon noueux, s'étendant de l'ouverture extérieure au foyer tuberculeux. Un excellent signe, c'est l'adhérence de la peau au niveau du point qui a suppuré ou commence seulement à s'enflammer. Du reste, la tumeur formée par le testicule tuberculeux a toujours un volume moindre que celle du sarcocèle syphilitique, et elle présente un grand nombre de bosselures que l'on ne retrouve pas dans ce dernier.

L'orchite chronique est une affection extrêmement rare, aussi peut-on très-bien ne pas en tenir compte pour le diagnostic, d'autant plus qu'il n'existe aucun signe pour la reconnaître, si ce n'est l'absence d'antécédents syphilitiques.

Si quelques auteurs croient son existence assez fréquente, cela tient uniquement à ce qu'ils ont pris

souvent pour des orchites simples des tumeurs syphilitiques. Et en effet, lorsque le sarcocèle spécifique a duré plusieurs années, il se fait un changement tel dans les éléments anatomiques de l'organe, qu'ils ont perdu pour toujours la faculté de revenir à l'état normal. On a beau insister sur le traitement, on obtient fort peu de modification; ce sont ces cas qui ont pu en imposer; comme on ne pouvait les classer, on a naturellement été porté à en faire des orchites chroniques simples, parce que le traitement n'avait pas d'action sensible sur elles, mais la moindre observation suffit pour prouver le peu de valeur de cette interprétation des faits.

Le fongus bénin des auteurs, c'est-à-dire celui qui succède à l'orchite simple, ne peut être distingué du fongus syphilitique qu'au moyen de signes anamnestiques.

Nous avons donné plus haut les symptômes à l'aide desquels on pourra différencier ce dernier du sarcocèle fongueux cancéreux.

Pronostic. — Dans la plupart des cas, le testicule peut reprendre ses fonctions lorsque le traitement intervient à propos; aussi le pronostic est-il d'une gravité relativement médiocre par rapport à l'organe. Seulement cette affection annonce la persistance de l'action du virus, et par cela même, doit toujours faire porter un pronostic sévère.

Le traitement du sarcocèle syphilitique varie un peu suivant l'époque à laquelle il se montre. Le plus sou-

vent, c'est un accident franchement tertiaire, et alors l'iodure de potassium en a facilement raison; s'il apparaissait à une époque un peu moins tardive, on associerait le mercure au composé iodique.

Le traitement local peut être négligé sans grand dommage dans les cas ordinaires, mais il n'en est plus de même s'il y a fongus, alors on se trouvera bien de l'emploi de certains topiques, et en particulier de l'application de la teinture d'iode pure ou mitigée sur la tumeur. Rarement on aura besoin d'avoir recours à l'excision de la partie saillante.

LÉSIONS DU FOIE.

Le foie est de tous les organes splanchniques celui dont les lésions syphilitiques ont été étudiées avec le plus de soin.

On avait bien rencontré chez un certain nombre de malades atteints de syphilis des altérations particulières du foie, mais on n'était nullement d'accord sur leur nature, lorsque parurent les travaux de MM. Dittrich et Gubler, travaux qui établissaient d'une manière irréfutable leur origine spécifique.

En 1604 déjà, Fr. Ronchin prenait pour sujet de thèse la question suivante : « An hepar sit, in lue venerea, « pars vitio affecta ? » et il y répondait par l'affirmative.

J. Hartman admettait également la nature syphilitique de certaines lésions du foie. Il n'apportait, il est vrai, aucun fait à l'appui de son opinion.

Portal a publié quelques observations; elles n'ont pour la plupart aucune valeur.

MM. Ricord et Rayer avaient soupçonné la nature de ces altérations, mais ils ne les connaissaient que très-incomplétement.

Depuis une dizaine d'années, l'étude de la syphilis hépatique a été poursuivie avec ardeur, et on a vu paraître successivement le travail de Dittrich (1), le mémoire de M. Gubler (2), les observations de Dufour (3), de Budd, de Sigmund (4), de M. Leudet (5), les thèses de MM. L. Quélet et Ed. Lecontour, et enfin le remarquable chapitre que Virchow (6) a consacré dans son ouvrage à l'histoire de cette partie de la syphilis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue anatomique, on peut reconnaître avec Virchow trois formes de syphilis hépatique : la périhépatite, l'hépatite parenchymateuse, et l'hépatite gommeuse. Ces formes peuvent s'observer isolément, mais le plus souvent elles sont réunies.

1° *Périhépatite.* Dans la périhépatite, les lésions siégent dans la membrane fibreuse qui enveloppe l'organe; elle est épaissie, des adhérences nombreuses l'attachent aux organes environnants, et en particulier au

(1) *Prager Vierteljahasschrift*, 1849 et 1850.
(2) Mémoires de la Société de biologie, 1852.
(3) Bulletins de la Société anatomique, 1851.
(4) *Zeitschr. f. rat. Medicin*, 1853.
(5) Moniteur des sciences, 1860.
(6) Loc. cit.

diaphragme ; elle renferme quelquefois dans son épaisseur, un nombre variable de petits noyaux blanchâtres, durs, semblables à des grains de semoule, qui souvent se trouvent au-dessous d'elle, à la surface de l'organe ou dans son épaisseur. Les lésions se continuent sur les prolongements que la membrane de Glisson envoie dans le foie.

2° *Hépatite parenchymateuse.* Le volume de l'organe varie suivant la période à laquelle on l'examine. On doit, en effet, distinguer, dans les lésions syphilitiques du foie, deux phases différentes : dans la première, l'organe augmente de volume, il s'hypertrophie ; dans la seconde, il se ratatine et s'atrophie.

La coloration est changée, sa teinte est d'un jaune plus ou moins clair. La surface des incisions présente la même couleur, entremêlée de stries blanchâtres formées par les prolongements de la membrane fibreuse hypertrophiée.

3° *Hépatite gommeuse.* Dans cette troisième forme, on trouve dans le tissu de l'organe un nombre plus ou moins considérable de tumeurs gommeuses à divers degrés d'évolution. Leur structure est la même que celle des gommes du tissu cellulaire.

Virchow a décrit une lésion syphilitique du foie qui affecte la forme d'une cicatrice ; elle est produite par l'irritation circonscrite d'un ou de plusieurs points de l'organe. On trouve à la surface du foie des pertes de substance, remplacées par des indurations d'une couleur blanchâtre, dont la forme est radiée, et dont les

rayons, d'une étendue variable, pénètrent à une profondeur plus ou moins grande. Ces indurations ont pour caractères de ne pas suivre nécessairement les ramifications de la veine porte.

Au milieu de ces désordres, on trouve rarement les canaux biliaires et les vaisseaux intacts; le plus souvent ils sont oblitérés, quelquefois même ils ont entièrement disparu.

Les lésions occupent l'organe entier ou seulement un de ses lobes.

Les tubercules que Budd a décrits sous le nom de *tumeurs granuleuses enkystées*, et qu'il regardait comme une suite de l'inflammation des voies biliaires; que Bochdalek et Oppolzer considéraient comme des cancers guéris, ont été étudiés de nouveau par Dittrich qui les a rattachés à la syphilis. Virchow fait remarquer que dans l'état actuel de la science, il est impossible d'affirmer que ces lésions soient de nature syphilitique; il faut attendre de nouvelles recherches avant de se prononcer.

Symptomatologie. — Le début de l'hépatite syphilitique est obscur, et passe ordinairement inaperçu, souvent même l'affection reste latente pendant tout son cours. Les symptômes n'ont rien de spécial, et il faut que l'attention soit éveillée par d'autres circonstances pour que l'on s'enquiert de l'état du foie.

Aujourd'hui que l'existence de ces lésions est établie sur des bases certaines, on devra toujours surveiller avec attention l'état du foie chez les syphilitiques, et

on pourra alors, dans un certain nombre de cas, reconnaître la maladie qui est caractérisée par les symptômes suivants :

A la première période, il y a une augmentation de volume de l'organe reconnaissable à la palpation et à la percussion. Il n'existe aucune douleur, mais seulement une sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit, accompagnée quelquefois de divers accidents du côté de l'estomac, dyspepsie, vomissements. Exceptionnellement, on a constaté un ictère léger et fugace.

A la seconde période, le volume de l'organe diminue, il est dur, résistant; la compression des vaisseaux amène l'ascite. M. Leudet a noté dans un cas des hémorrhagies répétées.

Outre les autres symptômes syphilitiques qui peuvent exister avec l'affection du foie, on observe, lorsque la maladie a duré un certain temps, les signes d'une cachexie profonde; les malades maigrissent, la peau prend une teinte jaunâtre, il y a de la fièvre le soir, et le marasme se joint à ces symptômes alarmants pendant les derniers jours de l'existence.

On observe quelquefois chez l'adulte, pendant la période secondaire, un ictère léger, que l'on a rapporté à une première atteinte de la syphilis sur l'organe de la sécrétion biliaire. M. Gubler (1) a surtout appelé l'attention sur cette variété d'ictère, qui avait déjà été signalée par quelques auteurs, entre autres par M. Ricord.

(1) Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces (*Gazette médicale de Paris*, 1854).

Cette affection guérit dans le même espace de temps que l'ictère idiopathique, aucun caractère ne l'en distingue, et dans trois cas que l'un de nous a pu observer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert, dont il était l'interne, les malades ont guéri aussi rapidement, bien que l'on eût cessé de leur donner le mercure dès la première apparition de la maladie. Nous nous sommes demandé alors s'il n'y avait pas dans ces cas une simple coïncidence, opinion fort admissible, lorsque l'on songe au petit nombre de malades qui présentent cet ictère, relativement à la prodigieuse quantité des syphilitiques.

Marche de la maladie. — Comme toutes les affections syphilitiques, l'hépatite a une marche lente; elle peut se prolonger pendant plusieurs années.

Elle se termine par la guérison lorsqu'elle est reconnue à temps et traitée convenablement, mais il faut bien l'avouer, le plus souvent c'est à l'autopsie seulement que l'on constate son existence.

C'est une lésion fort rare de la syphilis, et aujourd'hui encore qu'elle est assez bien connue, les faits publiés sont très-peu nombreux.

Diagnostic. — Le diagnostic est difficile. Lorsque l'hépatite existe comme seule lésion de la syphilis, elle passe inaperçue, ou bien elle est rattachée le plus souvent à une autre cause et non à cette diathèse.

Lorsqu'elle est accompagnée d'autres symptômes bien caractérisés d'infection, l'attention est éveillée, et alors elle peut être reconnue par un praticien instruit.

Comme le fait remarquer M. Leudet, l'augmentation de volume du foie à la première période est un excellent signe ; l'hypertrophie idiopathique est rare dans notre climat, et dans le cas où elle existe, on pourra quelquefois trouver dans les antécédents des malades des symptômes qui en laisseront facilement reconnaître l'origine. On devra donc, toutes les fois que l'organe hépatique sera augmenté de volume, rechercher avec soin si on ne pourrait pas rattacher l'hypertrophie à la syphilis.

A la période atrophique, les difficultés sont bien plus grandes; on n'arrive au diagnostic que par voie d'exclusion. Heureusement il existe dans la plupart des cas d'autres symptômes plus caractéristiques qui permettent de reconnaître la nature de l'affection.

Pronostic. — Le pronostic est grave, d'autant plus grave que la maladie est arrivée à une période plus avancée. Lorsqu'il n'y a encore qu'hypertrophie, on peut espérer la disparition complète de la lésion ; mais, si le mal est à la seconde période, les chances diminuent, et lorsque les malades sont en proie à la cachexie, la maladie est au-dessus des ressources de l'art.

Traitement. — L'hépatite est un accident tardif, il semble donc que l'iodure de potassium seul devrait suffire pour en obtenir la guérison ; cependant la plupart des syphiliographes s'accordent pour donner la préférence au traitement mixte.

On donnera donc l'iodure de potassium à l'intérieur, en ayant soin d'arriver rapidement à d'assez hautes

doses, et en même temps, on fera faire des frictions avec l'onguent napolitain sur l'hypochondre droit.

On favorise l'action des spécifiques en y associant les toniques sous toutes les formes; cette lésion, en effet, mène rapidement les malades à la cachexie, et on sait qu'une fois qu'elle existe, le péril devient extrême.

LÉSIONS DES ORGANES RESPIRATOIRES.

Les organes respiratoires forment un appareil complexe, composé du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons; nous examinerons successivement les lésions syphilitiques de chacune de ces parties.

Larynx. — Les lésions spécifiques du larynx étaient assez bien connues déjà, lorsque la découverte du laryngoscope est venue les éclairer d'un nouveau jour. Cette belle découverte est loin d'avoir donné tout ce que l'on peut attendre d'elle; cependant les observations de MM. Turck (1) et Czermak (2), mises à profit, permettent de reconnaître des lésions qui, auparavant, passaient inaperçues.

M. Cusco s'est surtout occupé des lésions laryngiennes, que le laryngoscope permet d'étudier sur le vivant; nous avons pu plusieurs fois constater, avec l'aide de son interne, notre excellent ami, le Dr Dance,

(1) Méthode pratique de laryngoscopie; Paris, 1861.

(2) Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine; Paris, 1860.

sur la muqueuse du larynx, et en particulier sur les cordes vocales, des rougeurs spéciales qui accompagnent les éruptions secondaires de la peau. Ce sujet intéressant est encore à l'étude, et il nous serait impossible de donner aujourd'hui une description complète de ces altérations.

Les affections tardives sont [mieux connues, car à défaut du laryngoscope, qui aujourd'hui permet dans beaucoup de cas de les reconnaître sur le vivant, on a trop souvent l'occasion [d'examiner les lésions sur le cadavre.

On observe dans le larynx les altérations les plus diverses, depuis la simple injection de la muqueuse, jusqu'à la destruction complète des parties qui le composent. L'ulcération est la lésion la plus fréquente; c'est elle, en effet, qui est la dernière phase de la plupart des autres, elle succède aux tubercules sous-muqueux, ou elle se montre d'emblée, ou encore après une simple rougeur avec boursouflement de la muqueuse.

L'ulcération a une étendue variable; quelquefois à peine visible, elle occupe dans d'autres circonstances la plus grande partie de la cavité vocale. Rarement superficielle, elle a une grande tendance à creuser; elle met les cartilages à nu, et bientôt ceux-ci, frappés d'ostéite, se nécrosent, deviennent de véritables corps étrangers qui seront péniblement éliminés, et pourront entraîner les accidents les plus graves. D'autres fois, l'ulcération est le point de départ d'une infiltration œdémateuse ou purulente des replis muqueux du

larynx, et on peut observer alors une obstruction complète de la glotte, comme l'un de nous en a vu un exemple remarquable à l'hôpital du Midi.

Des parties entières peuvent disparaître, ainsi Virchow cite un fait dans lequel la glotte était complétement détruite; ailleurs, ce sont les cordes vocales supérieures ou inférieures seulement, l'épiglotte, etc. On conçoit les désordres graves que peuvent amener ces altérations pathologiques.

Trachée et bronches. — Les lésions de ces conduits sont plus rares et moins connues que les précédentes. Cependant l'existence des ulcérations spécifiques de la trachée est établie sur des faits bien observés (1), ainsi que les rétrécissements qui peuvent en être la conséquence.

Dittrich a décrit des ulcérations d'un aspect particulier, Virchow a trouvé des cicatrices dures, radiées, dans les bronches, qu'ils rapportent à la syphilis.

La laryngite et la trachéite syphilitiques n'ont aucun caractère particulier. On ne parviendra donc à les distinguer des mêmes affections dues à une autre cause, qu'à l'aide des symptômes antérieurs et concomitants. Pour le larynx et les premiers cerceaux de la trachée, l'emploi du laryngoscope sera d'un grand secours.

Poumons. — Tour à tour admises et rejetées, les lésions syphilitiques des poumons ont aujourd'hui une existence bien établie.

(1) Charnal, Quelques considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée, etc. (thèse de Paris, 1855).

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des poumons ou sur la syphilis ont réservé une place à la phthisie vénérienne, comme on peut s'en convaincre en parcourant les ouvrages de Sauvages, Baglivi, Astruc, Petit-Radel, Morgagni, Tode, J. Frank, Portal, etc., seulement leurs observations, où l'examen anatomique ne venait jamais contrôler le diagnostic, n'ont aujourd'hui qu'une importance bien restreinte.

M. Lagneau fils (1), dans sa thèse si remarquable d'ailleurs, a créé toute une classe de maladies pulmonaires syphilitiques; ainsi, il reconnaît des asthmes, des bronchites, des pneumonies spécifiques; malheureusement la plupart des observations qu'il rapporte sont sans valeur, et on ne peut, dans l'état actuel de la science, admettre les caractères assignés par l'auteur à ces différentes affections.

M. Depaul, le premier, a établi d'une façon évidente l'existence des lésions syphilitiques des poumons qu'il a étudiées chez les nouveau-nés. Ses observations ont été confirmées par celles de M. Ricord; plus tard par les faits de Vidal, de MM. Desruelles, Lebert, etc.

Il y a quelques mois à peine, M. Cornil présentait à la Société anatomique une observation appuyée de pièces qui ne permettent pas le doute, même pour les plus incrédules.

Führer (2) a décrit des pneumonies syphilitiques,

(1) Des Maladies pulmonaires causées et influencées par la syphilis, 1851.
(2) *Deutsche Klinik*, 1854.

Heeker, un épaississement particulier des poumons, Dittrich, des cicatrices ardoisées spéciales, Virchow a de la tendance à admettre une syphilis pulmonaire.

Aujourd'hui, les seules altérations admissibles sans conteste, sont les gommes des poumons qui présentent la plus grande analogie avec les gommes du tissu cellulaire et des autres viscères.

La symptomatologie des lésions syphilitiques des poumons est tout entière à faire.

Les signes donnés par les auteurs sont très-vagues, aussi le diagnostic ici, comme pour la plupart des affections syphilitiques des organes inaccessibles à la vue, ne peut-il se baser que sur les commémoratifs et les symptômes concomitants. L'altération ne pourra être que soupçonnée, mais c'est déjà un grand point, car alors le traitement viendra corroborer le diagnostic ou mettre sur la voie de l'erreur commise.

Le traitement ne présente rien de particulier, c'est celui des accidents de la période à laquelle la syphilis est arrivée.

LÉSIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Il semble, au premier abord, que l'appareil de la circulation doive rarement échapper à l'action du virus syphilitique. Les expériences faites dans ces derniers temps laissent peu de doute sur la contagion du sang, et si l'on n'a pu encore trouver dans ce liquide l'élément qui renferme le principe contagieux, si l'on n'a

pu établir encore d'une façon précise les conditions qui favorisent son action, le fait de son pouvoir infectieux n'en reste pas moins assuré d'une manière à peu près irréfutable (1).

Et cependant on trouve à peine dans la science quelques observations dans lesquelles les caractères des altérations ont une valeur certaine, encore ces observations portent-elles toutes sur l'organe central de la circulation; on n'a, jusqu'à ce jour, rapporté aucun fait probant d'altérations spécifiques des vaisseaux.

Sans doute, Senac (2) admettait que la maladie vénérienne produisait des dilatations de l'appareil circulatoire, Marc-Aurèle Séverin assurait que le virus formait des anévrysmes des vaisseaux, Corvisart a trouvé, chez un carrier qui avait succombé à une affection organique du cœur, des végétations irrégulières qui simulaient les excroissances dites à tort syphilitiques, mais ces faits sont sans aucune importance. Laënnec les avait déjà rejetés, et M. Bouillaud a démontré que l'on rencontrait des végétations dans les cavités du cœur, à la suite de l'endocardite rhumatismale.

Les seuls cas que l'on puisse admettre et rattacher à la syphilis sont ceux qui ont été rapportés par MM. Ricord (3), Lebert (4), Virchow (5) et Gubler (6).

(1) Voir l'Introduction p. 64 et suiv.
(2) Traité des maladies du cœur, t. I.
(3) Gazette des hôpitaux, 1845, et Iconographie, pl. XXIX.
(4) Traité d'anatomie pathologique, t. I, pl. LXVIII.
(5) Loc. cit.
(6) Cité par M. Robert, Traité des maladies vénériennes, 1861.

Dans ces observations, on a toujours eu affaire à des gommes du cœur. Les antécédents et les caractères anatomiques ne laissent aucun doute à ce sujet.

Dans le fait de M. Ricord, outre les tumeurs gommeuses renfermées dans l'épaisseur des parois ventriculaires, il y avait un épaississement remarquable du péricarde et de l'endocarde. Le péricarde présentait des plaques laiteuses, dans le cas rapporté par M. Gubler, et Virchow a noté dans le sien, outre la myocardite gommeuse interstitielle, «une myocardite interstitielle simple, très-étendue, tout à fait spéciale, répondant complétement aux affections syphilitiques des testicules, du foie, etc.; cette lésion s'était propagée aux muscles papillaires, et avait déterminé une endocardite pariétale et valvulaire.»

Virchow se demande, au sujet de l'observation qu'il rapporte, et dont nous venons de donner le diagnostic, s'il n'y aurait pas aussi au cœur des inflammations syphilitiques, sans formation gommeuse, comme on les rencontre au foie et aux testicules.

Inutile de dire que les lésions syphilitiques de l'appareil circulatoire n'ont pu, jusqu'à ce jour, être reconnues que sur le cadavre.

LÉSIONS DES MUSCLES ET DES TENDONS.

M. Ricord a le premier décrit d'une façon un peu précise les lésions syphilitiques des muscles. Avant lui, elles avaient à peine été signalées par les auteurs.

Astruc parle cependant de tumeurs dures qu'on rencontre dans les muscles des vénériens. Petit-Radel rapporte un cas de rétraction musculaire syphilitique. M. Lagneau entrevoit la contracture. Ph. Boyer en relate plusieurs faits intéressants.

Le travail le plus complet que nous ayons aujourd'hui sur la matière est le mémoire de M. Bouisson (1), de Montpellier, dans lequel la question se trouve traitée avec les plus grands détails. Virchow, dans sa Syphilis constitutionnelle, consacre un chapitre spécial à la syphilis musculaire.

SYMPTOMATOLOGIE. — La syphilis se manifeste, dans le système musculaire, sous trois formes différentes : les *douleurs*, les *contractures* et les *tumeurs*.

1° *Douleurs*. — Nous avons vu qu'on observe, au début de la syphilis, des douleurs spéciales connues sous le nom de *rhumatoïdes ;* ces douleurs sont mobiles, vagues, siégent surtout autour des articulations; elles suivent souvent le trajet des muscles et de leurs tendons.

A une époque avancée de la syphilis, on observe quelquefois aussi, sur le trajet des muscles, des tendons et des tissus fibreux en général, des douleurs qui, au lieu d'être vagues, mobiles, comme les précédentes, sont fixes, persistantes; comme les premières, elles disparaissent sous l'influence du traitement spécifique.

(1) Tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes (*Gazette médicale de Paris*, 1845).

Ces douleurs, sur la nature desquelles M. Bouisson a attiré l'attention, sont le signe d'une syphilis ancienne. Très-rares, relativement aux douleurs précoces, elles ne sont souvent que les premiers symptômes des lésions qui nous restent à examiner.

2° *Contractures.* — La contracture survient ordinairement d'une manière graduée; on l'observe surtout aux membres supérieurs, et en particulier, comme M. Ricord l'a fait remarquer depuis longtemps, sur les muscles fléchisseurs et surtout au biceps.

M. Bouisson a constaté cette lésion sur les muscles moteurs de l'œil. Il regarde comme assez fréquente la contracture syphilitique des sphincters de l'anus et de la vulve; mais, comme Vidal l'a fait observer, et après lui beaucoup d'autres auteurs, le chirurgien de Montpellier a dû s'en laisser imposer, ou tout au moins exagérer la fréquence de cette lésion.

3° *Tumeurs.* — Les tumeurs syphilitiques des muscles ont été bien décrites par M. Bouisson, qui admet trois degrés ou phases de la maladie.

Premier degré. — Le muscle devient le siége d'un gonflement notable, indolent, consistant, bien circonscrit. Si l'on a alors l'occasion d'inciser la partie malade, on trouve une matière grisâtre, formée par de la lymphe plastique épanchée au milieu des fibres musculaires décolorées, ou même en partie détruites.

Deuxième degré. — La tumeur se ramollit; la matière épanchée se transforme peu à peu en un liquide gommeux et filant.

Au lieu de suivre cette marche chronique, l'affection peut présenter, à une certaine époque de son existence, des symptômes aigus; alors la tumeur devient douloureuse, chaude, rouge; elle est le siége d'élancements, et présente, en un mot, tous les caractères d'un abcès chaud. A cette variété il faudrait rapporter, d'après M. Bouisson, un certain nombre d'abcès pelviens, de psoïtis et d'inflammations du muscle iliaque interne.

Troisième degré. — La tumeur, dans cette forme, ne se ramollit ni ne suppure; elle s'indure, devient cartilagineuse et même osseuse. Ces ossifications musculaires coïncident souvent avec des exostoses.

Les tumeurs ont été observées dans les muscles grand fessier, trapèze, sterno-mastoïdien, vaste externe (Bouisson), jambier postérieur (Ricord), droit antérieur (Vidal). Mais on les rencontre surtout dans la langue, à la partie centrale de sa base et aux lèvres. Aucun muscle du corps n'est, du reste, à l'abri de ces affections. D'après M. Bouisson, certains engorgements du col utérin n'auraient pas d'autres causes que la production de ces tumeurs; de même, certaines phthisies laryngées seraient dues à leur développement dans les muscles du larynx. Les *tendons* et les *aponévroses* peuvent en être le siége; ils en présenteraient même plus souvent que la partie charnue des muscles, d'après Vidal. Ces tumeurs sont formées alors par une hypertrophie circonscrite du tissu fibreux, avec ou sans épanchement de matière plastique dans l'intervalle des fibres. L'affection peut se terminer, comme

dans les muscles, par ramollissement, suppuration ou ossification, et, dans ce dernier cas, on voit quelquefois un tendon s'ossifier dans toute sa longueur, comme M. Bouisson l'a observé pour le psoas; mais plus souvent l'ossification se circonscrit et forme une petite tumeur dure, un véritable nodus.

Le DIAGNOSTIC de ces tumeurs, lorsqu'elles sont isolées, présente une certaine difficulté; mais elles sont ordinairement accompagnées d'autres lésions caractéristiques de la syphilis, telles que périostoses, exostoses, caries, qui permettent d'en reconnaître la nature.

Le TRAITEMENT est celui des accidents tardifs auxquels ces lésions appartiennent. L'iodure de potassium à la dose de 2 à 6 grammes en est le principal agent.

Le traitement local ne doit pas être négligé. On aura recours aux applications mercurielles. L'onguent napolitain, l'emplâtre de Vigo, seront employés avec fruit. Les vésicatoires placés sur les tumeurs en accéléreront la résolution; les douches locales seront également administrées avec succès dans beaucoup de cas.

LÉSIONS DU PÉRIOSTE ET DES OS.

Les lésions du périoste et des os sont fréquentes dans la syphilis. Elles se montrent ordinairement à une époque tardive de la maladie, mais on peut les rencontrer aussi avec les accidents précoces, et il n'est point besoin pour cela d'avoir affaire à des véroles à

marche galopante comme le prétend M. M. Robert. Nous avons vu ces lésions exister avec les accidents les plus hâtifs de la syphilis, et, dans une observation que nous avons rapportée, des périostoses des mieux caractérisées coïncidaient avec une syphilide papuleuse et des plaques muqueuses.

Nous examinerons successivement : la *périostose*, l'*ostéite*, la *carie*, la *nécrose*, et enfin les *exostoses*. Avant d'étudier ces différentes affections, nous dirons quelques mots des *douleurs ostéocopes* qui les accompagnent d'une façon presque constante, et en constituent un des meilleurs signes diagnostiques.

a. Douleurs ostéocopes. — On donne le nom d'*ostéocopes* à certaines douleurs qui siégent dans les os. Ces douleurs, bien qu'on ne les rencontre pas exclusivement dans la syphilis, lui appartiennent cependant d'une manière si spéciale, que chaque fois qu'on les observe, on est en droit de soupçonner la vérole.

Remarquées par les observateurs les plus anciens, signalées par les premiers auteurs qui écrivirent sur la syphilis, elles sont aujourd'hui bien connues et regardées à juste titre comme un excellent caractère de la syphilis tardive ou tertiaire.

Ces douleurs se montrent spontanément, et elles augmentent par la pression ; elles siégent dans les os et en particulier dans les os superficiels (crâne, tibia, clavicule, cubitus et radius, sternum, etc.) ; leur fixité permet de les distinguer des douleurs rhumatoïdes ; elles acquièrent, et c'est là un signe presque pathogno-

monique, leur plus grande intensité vers minuit ou une heure du matin, alors que le corps se trouve bien échauffé, ce qui a fait dire à M. Ricord, que la chaleur était leur excitant; pour appuyer son dire, il a fait remarquer que les individus que leur profession obligeait à faire du jour la nuit (boulangers, vidangeurs) voyaient les douleurs ostéocopes se montrer au moment où ils se mettaient au lit, et par conséquent devenir diurnes. Si le fait est vrai, l'explication n'a aucune valeur, car si la chaleur était la cause de ces douleurs, les boulangers, les forgerons, etc., devraient les éprouver au moment même de leur travail; or il n'en est rien.

L'intensité des douleurs diminue au moment où le jour commence à paraître, et le malade peut alors jouir d'un sommeil plus calme. Pendant la journée, elles ont rarement une violence aussi grande que pendant la nuit. Le plus souvent, elles font éprouver seulement un sentiment de gêne, de pesanteur, etc.

Au début, les douleurs ostéocopes sont peu marquées, mais peu à peu elles augmentent d'intensité, deviennent fixes, et leur violence est quelquefois assez grande pour arracher des cris aux malades.

Elles peuvent constituer à elles seules toute la maladie, mais, dans beaucoup de cas, elles ne sont que le symptôme d'une affection matérielle de l'os. Il n'est pas rare de les voir se montrer pendant un certain temps sur un os qui, plus tard, sera frappé de périostose, d'exostose, etc.

Symptôme éminemment tardif, la douleur ostéocope

est rangée par M. Ricord et ses élèves parmi les accidents tertiaires; il ne faudrait pas croire cependant qu'elle se montre uniquement à cette époque, nous l'avons rencontrée, après bien d'autres observateurs, au début de la syphilis, et dans ce cas en particulier que nous avons déjà signalé, on ne pouvait conserver la moindre hésitation, puisqu'elle accompagnait des périostoses précoces et qu'elle disparut sous l'influence de l'iodure de potassium.

Ces douleurs ne peuvent guère être confondues qu'avec les douleurs rhumatoïdes, dont elles se distinguent par leur fixité. Celles-ci sont erratiques, ont un siége différent, ne sont pas augmentées par la pression et se montrent avec les affections précoces de la syphilis, ce qui est exceptionnel pour les douleurs ostéocopes.

b. Périostoses. — L'inflammation isolée du périoste est rare, et, le plus souvent, c'est à une ostéite sous-jacente que sont dus les gonflements connus sous le nom de *périostoses*. Et, en effet, dans la plupart des cas, il y a à la fois inflammation de l'os et de la membrane enveloppante; cependant la périostose peut se montrer sans altération concomitante de l'os. La lésion est ordinairement précédée de douleurs ostéocopes; au bout d'un certain temps, on constate un gonflement de la partie malade, gonflement dû à un épanchement qui s'est fait entre l'os et le périoste. Ce gonflement est plus ou moins circonscrit, quelquefois indolent, d'autres fois douloureux à la pression, c'est la périostose

syphilitique. Cette affection se montre surtout sur les os superficiels.

On reconnaît généralement trois variétés différentes de périostoses, que l'on peut regarder, avec notre savant maître M. Follin, comme les phases différentes d'une même affection.

1° *Périostose gommeuse.* — La tumeur est indolente, fluctuante; elle renferme un liquide, semblable à une solution de gomme, épanché entre l'os et le périoste. La peau, à son niveau, a conservé sa coloration normale. Cette forme de périostose se termine le plus ordinairement par résolution; dans quelques cas, elle s'enflamme et rentre alors dans la seconde variété.

2° *Périostose phlegmoneuse.* — La poche s'enflamme, devient le siége d'élancements; la peau rougit, s'amincit, finit par se perforer, et il s'échappe un liquide purulent. L'ouverture revêt bientôt l'aspect des ulcérations tardives de la syphilis. La périostose peut, dès le début, présenter des symptômes inflammatoires.

3° *Périostose plastique.* — Dans cette forme, qui n'est souvent qu'un mode de terminaison de la périostose gommeuse, l'épanchement, au lieu d'être liquide, est résistant, dur, constitué par de la lymphe plastique; elle se distingue des deux formes précédentes par sa dureté plus grande, et par sa consistance qui la rapproche de l'exostose, dont elle n'est quelquefois que la première phase.

c. Ostéite. — L'inflammation des os se présente dans

la syphilis avec des caractères semblables à ceux qu'elle offre dans l'ostéite de cause vulgaire ; elle est caractérisée par une augmentation de vascularité du tissu osseux à la première période de l'affection ; la lésion peut s'arrêter là ; alors le volume des vaisseaux dilatés diminue peu à peu, les vides que leur offraient les canalicules osseux se comblent, l'os reprend son aspect normal et tout rentre dans l'ordre, l'ostéite s'est terminée par résolution.

Plus souvent la maladie suit une marche progressive, et, suivant les cas, elle se termine par suppuration, carie ou nécrose ; la périostose et l'exostose peuvent aussi en être des modes de terminaison.

Lorsqu'elle vient à suppurer, les lamelles osseuses qui recouvrent les vaisseaux dilatés sont peu à peu absorbées, et il arrive un moment où ces derniers viennent faire saillie à l'extérieur. Des bourgeons charnus prennent naissance, et par leur réunion forment une membrane pyogénique qui sécrète du pus en plus ou moins grande abondance.

Une douleur, ou seulement un sentiment de gêne, de lourdeur, annonce le début de l'inflammation ; à une période plus avancée il survient du gonflement, un engorgement œdémateux de la région malade, la peau rougit, s'amincit, se perfore, et l'ouverture donne issue à un liquide plus ou moins franchement purulent.

Des douleurs ostéocopes précèdent le plus souvent l'inflammation syphilitique des os, et l'accompagnent pendant toute sa durée.

L'ostéite syphilitique se montre surtout sur les os superficiels, elle siége ordinairement dans leurs couches les plus externes, mais elle peut aussi occuper leurs parties profondes; c'est sur les os du crâne, sur les clavicules, le tibia, le sternum, les côtes, etc., en un mot sur les os immédiatement placés sous la peau, qu'on la rencontre plus particulièrement.

Les principaux caractères qui pourront servir à établir le diagnostic de l'ostéite spécifique seront tirés de son siége, de la présence des douleurs ostéocopes, de la lenteur de sa marche, et enfin des symptômes concomitants.

L'ostéite scrofuleuse est caractérisée par sa terminaison rapide par suppuration, les circonstances au milieu desquelles elle se produit, les qualités du pus, etc.

L'ostéite scorbutique, rare dans nos climats, a des caractères bien connus qui ne permettront pas l'erreur.

d. Carie et Nécrose. — Comme l'ostéite, à laquelle elles succèdent souvent, ces deux affections n'ont aucun caractère spécial qui les différencie des caries et nécroses de cause vulgaire; aussi leur histoire anatomique ne présentant aucun point particulier, nous renvoyons le lecteur aux ouvrages de pathologie externe, où l'étude de ces dernières se trouve traitée avec tous les détails qu'elle comporte.

Pour le diagnostic, on se reportera à ce que nous avons dit pour l'ostéite; la carie et surtout la nécrose, comme celle-ci, peuvent occuper toutes les parties

qui constituent le squelette humain, mais elles ont pour siéges d'élection les os superficiels, et on les rencontre en particulier sur les os du crâne et de la face.

A la face, la nécrose attaque surtout les os qui constituent la charpente des fosses nasales ; le vomer est fréquemment détruit en tout ou en partie, et son élimination donne lieu à une déformation du nez des plus caractéristiques.

Au second rang on doit placer les nécroses des os de la voûte palatine, qui amènent ces perforations si incommodes qui établissent une communication entre la bouche et les fosses nasales. Celles du maxillaire supérieur sont assez fréquentes, tandis que celles du maxillaire inférieur sont rares. Viennent ensuite les ostéites et nécroses des os de la voûte du crâne, du sternum et des côtes, du tibia, des malléoles, etc.

M. Follin (1) a appelé l'attention sur un excellent caractère déjà signalé par M. Ricord : «Si l'on pouvait, dit-il, examiner le contour des caries et des nécroses superficielles des os du crâne, on trouverait une disposition qui éclairerait le diagnostic, car elle rappelle les demi-cercles de certaines syphilides annulaires ou demi-annulaires. »

Mais les meilleurs signes pour reconnaître les caries et nécroses syphilitiques sont encore ceux que nous avons déjà signalés à propos de l'ostéite : les douleurs ostéocopes qui les accompagnent presque toujours, les

(1) Traité élémentaire de pathologie externe, 1861.

accidents syphilitiques concomitants, et les résultats du traitement spécifique.

M. Bazin (1) admet que la nécrose véritable n'est jamais scrofuleuse, mais toujours soit traumatique, soit syphilitique. On pourrait donc, dans le cas de nécrose, éliminer *a priori* la scrofule; et, comme le fait remarquer cet auteur si autorisé en pareille matière, les nécroses spontanées qu'on observe chez les jeunes sujets sont trop souvent rapportées à la scrofule; en s'enquérant avec soin des antécédents, on parvient presque toujours à retrouver la trace de la syphilis chez les parents.

e. Exostoses. — Les exostoses sont des tumeurs dures formées par le tissu osseux; elles se rencontrent souvent dans la syphilis tardive; elles appartiennent toujours, dans ce cas, aux formes osseuses proprement dites dont on admet deux variétés principales : l'*exostose parenchymateuse*, dans laquelle la tumeur est constituée par l'os lui-même, dont les fibres ont subi une expansion plus ou moins considérable, et entre lesquelles s'est fait un dépôt anormal de molécules osseuses; l'*exostose épiphysaire*, dans laquelle le dépôt de substance osseuse nouvelle a lieu à la surface de l'os malade.

Les exostoses syphilitiques forment des tumeurs de volume variable, ordinairement peu considérable; ces tumeurs sont d'une grande dureté, siégent sur le

(1) Leçons sur la scrofule, 2e édition, 1861.

trajet des os avec lesquels elles font corps et dont elles suivent tous les mouvements. Elles peuvent être observées sur tous les points du squelette; mais, comme les autres lésions osseuses syphilitiques, elles ont une sorte de prédilection pour les os situés superficiellement (crâne, sternum, clavicule, tibia, cubitus et radius, etc. etc.). Au crâne, on rencontre des exostoses sur la table interne. Comme la plupart des tumeurs, les ostéocèles syphilitiques déterminent des symptômes de voisinage et en particulier des symptômes de compression; il nous suffira de signaler ici les troubles de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence amenés par les exostoses en rapport avec le système nerveux central ou périphérique; on a même publié des cas de paralysie complète et d'atrophie musculaire (1).

Les exostoses syphilitiques se distinguent de celles de cause vulgaire par les douleurs ostéocopes dont elles sont le siége. Ce caractère important met sur la voie, et on retrouve ordinairement dans les antécédents du malade les signes d'une syphilis plus ou moins ancienne.

Lorsqu'elles ne sont pas accessibles à la vue et au toucher, les difficultés du diagnostic augmentent; mais au moindre soupçon on ne doit pas hésiter à administrer l'iodure de potassium qui, en quelques jours, amènera souvent des résultats inespérés et jugera la question. Après leur disparition, les exostoses laissent

(1) Rodet, Gazette médicale de Lyon, 1859.

quelquefois une perte de substance, espèce de cicatrice osseuse sur laquelle M. Ricord a le premier appelé l'attention. Il est plus rare de voir ces tumeurs s'enflammer et se nécroser; cet accident se montre surtout dans la forme éburnée, remarquable par la densité du tissu qui la compose.

Traitement des lésions osseuses syphilitiques. — L'iodure de potassium doit toujours former la base de la thérapeutique des accidents osseux de nature spécifique; il règne ici en maître. Quelle que soit la période à laquelle se montrent ces lésions, son action sera toujours des plus remarquables et des plus rapides. Aucun autre agent ne peut lui être comparé. Seulement, il ne faut pas craindre d'augmenter les doses, et arriver au bout de quelques jours à en faire prendre 3, 4, 5 grammes par jour; il n'y aurait même aucun inconvénient à dépasser ces quantités qui suffisent pour les cas ordinaires, et l'on sait qu'un médecin de l'hôpital du Midi administre journellement, depuis une vingtaine d'années, le sel potassique aux doses énormes de 25, 40 et même 50 grammes par jour, sans avoir jamais déterminé d'accident. Sans tomber dans cette exagération qui est sans aucun profit pour le malade, on doit cependant éviter l'excès contraire en donnant des quantités trop faibles, qui sont insuffisantes pour enrayer et guérir la maladie.

A une autre époque on employait le mercure, et on avait encore de beaux succès, mais le traitement était bien plus long et les échecs nombreux. Avec l'io-

dure de potassium, au contraire, la guérison est la règle, l'insuccès l'exception.

A la médication interne on adjoindra les moyens locaux. Dans cette partie du traitement, le mercure reprend ses droits. Sur les périostoses, les exostoses, on applique des pommades dont ce métal est l'agent principal. On emploie surtout, dans ces cas, l'onguent napolitain et la pommade au proto-iodure; celle-ci dans les proportions de 3 à 10 grammes pour 30 d'axonge; celle-là pure ou légèrement mitigée par l'addition de la graisse de porc. On a souvent recours encore à l'emplâtre de Vigo, dont l'usage est plus facile et moins sale que celui des pommades.

La teinture d'iode rend de grands services lorsqu'il y a plaie, succédant à l'ouverture d'une périostose ou à l'élimination d'un séquestre. Des attouchements répétés chaque jour avec la teinture d'iode pure, ou additionnée d'eau, accélèrent beaucoup la guérison.

Lorsque la périostose se termine par suppuration, si l'on ne peut obtenir la résolution, il faut ouvrir la poche pour éviter de trop grands désordres, le traitement rentre dans celui des abcès; mais aujourd'hui on est rarement obligé d'avoir recours au bistouri, et on voit, sous l'influence de l'iodure de potassium, les collections fluctuantes sur le point de s'ouvrir, être résorbées comme par enchantement. Aussi doit-on toujours tenter d'obtenir la résorption à quelque période que soit parvenue la maladie.

Le vésicatoire forme un adjuvant précieux dans quelques cas de douleurs ostéocopes, d'exostoses ou de pé-

riostoses, d'ostéite au début. Dans le cas de nécrose, il ne faut pas négliger d'extraire les os malades aussitôt qu'ils peuvent être séparés des parties saines. En attendant l'élimination spontanée, on expose le malade à de grands périls; les séquestres, «vrais corps étrangers, entretiennent et propagent au loin la suppuration, qui, en gagnant des parties importantes, telles que le cerveau, par exemple, entraîne les dangers les plus graves et enfin la mort» (1).

LÉSIONS DES ARTICULATIONS.

Les lésions syphilitiques des articulations sont peu et mal connues. Indiquées par M. Ricord, elles ont été plus complétement décrites par M. Richet. Cet auteur (2), dans son remarquable mémoire sur les tumeurs blanches, donne une place importante à celles qui sont de nature syphilitique.

Suivant que la maladie attaque la synoviale ou l'extrémité articulaire de l'os, on peut reconnaître deux formes de tumeurs blanches syphilitiques, la *synovite* et l'*ostéite*. C'est la division admise par M. Richet, que nous prendrons pour guide dans notre description.

a. La *synovite* est une affection lente, chronique. Il existe pendant longtemps une douleur sourde au niveau de l'articulation; cette douleur attire à peine l'at-

(1) Ricord, Traité de l'inoculation, 1838.
(2) Mémoires de l'Académie de Médecine, 1853.

tention du malade. L'épanchement qui a commencé à se faire dès le début de l'affection augmente peu à peu, accroît le volume de la partie et gêne les fonctions du membre. Il n'est pas rare de voir le liquide disparaître et reparaître plusieurs fois de suite ; c'est même là un signe important pour le diagnostic, signe sur lequel M. Richet a insisté avec raison. A une certaine époque, il se fait à la surface de la synoviale un dépôt de matière plastique qui acquiert quelquefois un volume considérable, et que l'on peut facilement sentir à travers les téguments lorsqu'il a une certaine dureté.

Pendant toute la durée de la maladie, la peau conserve sa coloration normale ; la douleur n'est jamais vive, les fonctions des membres ne sont gênées que par le volume anormal de la partie. Cette lésion n'a été observée par les auteurs qu'à l'articulation du genou. Nous en avons vu, à l'hôpital Saint-Louis, un cas remarquable qui avait l'articulation du coude pour siége; la guérison en fut obtenue assez rapidement avec le mercure donné à l'intérieur et une compression légère exercée sur l'article à l'aide de bandelettes d'emplâtre de Vigo.

b. Ostéite articulaire. On comprend que l'ostéite syphilitique puisse atteindre les surfaces articulaires des os comme les autres points du squelette ; seulement, dans ce cas, à cause du siége spécial de la lésion, l'affection présente quelques symptômes particuliers.

Le début est brusque ou lent. Le plus souvent, le malade ressent pendant un certain temps une douleur

subaiguë au niveau de la partie envahie; l'os augmente de volume; la synoviale s'enflamme, sécrète un liquide onctueux et filant, qui s'accumule dans la cavité articulaire; en même temps, elle s'épaissit, des fongosités se montrent à sa surface; le membre est condamné à l'immobilité la plus absolue et finit par s'ankyloser.

On observe rarement, dans cette variété de tumeurs blanches, les abcès, les fistules péri-articulaires. On sait que ces lésions sont au contraire les accessoires ordinaires des affections articulaires scrofuleuses.

L'ostéite est plus douloureuse que la synovite; elle est aussi plus grave et guérit moins rapidement.

Il est souvent difficile de reconnaître les affections que nous venons de décrire; les symptômes locaux suffisent rarement, et ce n'est ordinairement que d'après les antécédents et par les signes concomitants qu'on arrive au diagnostic.

Le mercure seul ou associé à l'iodure de potassium guérit la synovite en quelques semaines. On prescrira ce médicament à hautes doses contre l'ostéite. Dans aucun cas, comme le recommande M. Richet, on ne devra négliger les moyens locaux; on emploiera en particulier les vésicatoires, les cautérisations superficielles, la compression à l'aide des bandelettes de Vigo, les onctions mercurielles.

LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

Historique. — On peut retrouver dans les ouvrages de la plupart des syphiliographes des traces de la syphilis du système nerveux, mais ce ne sont que des données très-vagues. Aujourd'hui même cette partie de la vérole n'est pas encore très-bien connue, et il reste un grand nombre de points obscurs en dépit des travaux savants publiés dans ces dernières années.

Parmi les auteurs anciens, on doit citer : Leonicene (1497), qui a surtout insisté sur les douleurs éprouvées par les malades, dans sa relation de la grande épidémie ; Jean de Vigo (1514), Ulrich de Hutten (1519), Fracastor (1530), qui ont entrevu les paralysies de cause spécifique.

Nicolas Massa rapporte une observation de manie aiguë due à la syphilis. Thierry de Héry (1634), N. de Blegny (1696), Musitano (1771), font une étude assez complète des douleurs syphilitiques.

Astruc (1740), reconnaît que la vérole peut engendrer la plupart des maladies. Sanchez (1777) l'accuse de produire la manie. Van Swieten (1773), la range au nombre des causes de la paralysie.

Bourru plaçait le siége du miasme vénérien dans le système nerveux. Cyrillo (1803) indique l'épilepsie comme une conséquence possible de la vérole. B. Bell (1802) rapporte plusieurs faits probants de syphilis du système nerveux. Hunter, au contraire, dit qu'il n'a

jamais vu la vérole produire aucun accident de ce genre.

C'est de nos jours seulement que l'étude de la syphilis du système nerveux a été faite avec soin. Un nombre considérable d'observations ont été publiées par Lallemand (1), MM. Lagneau, Ricord, Cullerier, Vidal (de Cassis), Cazenave, Rayer, Beau, Briquet, Ébrard, Reeve (2), Read (3), Ch. Bedel (4), Gjor (5), Gosselin (6), Budd (7), etc.

Le traité de M. Pr. Yvaren renferme aussi des faits intéressants ; malheureusement plusieurs des observations rapportées par l'auteur n'ont aucune valeur.

En 1859, l'Académie mit au concours la question suivante : *Affections nerveuses dues à la diathèse syphilitique.* Trois ouvrages (8), remarquables à différents titres, parurent à la suite de ce concours ; on y trouvera relatés la plupart des cas connus de syphilis du système nerveux ; il est seulement fâcheux que ces auteurs en

(1) Recherches sur l'encéphale. Paris, 1830.

(2) Obs. de méningite syphilitique (Gazette médicale, 1847).

(3) Méningite syphilitique (*The Dublin quarterly journal of medical sciences*, 1852).

(4) De la Syphilis cérébrale (thèse ; Strasbourg, 1851).

(5) Maladies nerveuses d'origine syphilitique (*Schmitt's Jahrbücher*, 1859).

(6) Remarques et observations sur une nouvelle indication du trépan dans les ostéites syphilitiques du crâne (Archives générales de médecine, 1853).

(7) *Cases of apoplexy consequent of syphilis* (*London medical Gazette*, 1842).

(8) L. Gros et Lancereau, des Affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861.

Lagneau fils, Maladies syphilitiques du système nerveux. Paris, 1860.

Zambaco, des Affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861.

aient accepté avec trop de facilité plusieurs qui sont loin d'être aussi concluants qu'ils veulent bien le dire. On doit cependant faire une heureuse exception pour M. Zambaco, dont le livre, plein de faits nouveaux et étudiés par l'auteur lui-même, a pour nous beaucoup plus d'importance.

Enfin un grand nombre de mémoires et de thèses ont été publiés sur le sujet qui nous occupe, nous les signalerons chemin faisant.

Anatomie pathologique. — On doit admettre des affections nerveuses idiopathiques, c'est-à-dire sans lésions appréciables, et des affections nerveuses symptomatiques de lésions diverses.

Les premières existent-elles dans la syphilis? On comprend de suite combien il est difficile de donner à cette question une solution précise. Le plus souvent le malade a suivi un traitement, et si on ne trouve à l'autopsie aucune lésion, on peut dire qu'elles ont disparu. Cependant il existe dans la science quelques observations qui semblent établir l'existence de cette classe d'affections, et il serait difficile, à notre avis, d'attribuer à de véritables lésions appréciables les accidents nerveux du début de la syphilis.

Les affections nerveuses symptomatiques sont de beaucoup les plus communes; elles se montrent à la suite de lésions qui siégent dans le système nerveux lui-même ou dans les parties avoisinantes; nous ne dirons que quelques mots de ces dernières dont l'histoire se trouve faite à propos de chaque tissu.

1° *Lésions des méninges et de l'encéphale.* — Si l'on considère les céphalées violentes, quelquefois poussées jusqu'au délire, qui surviennent souvent au commencement de la période secondaire, il sera difficile de rejeter l'existence d'une congestion des enveloppes du cerveau, mais, jusqu'à ce jour, aucune autopsie n'est venue confirmer ce fait.

Les lésions primitives des méninges sont rares ; l'existence de la méningite syphilitique est loin d'être prouvée (1) ; cependant M. Rayer (2) a trouvé les membranes cérébrales chroniquement enflammées chez un malade qui portait des accidents tertiaires !

Le plus souvent, ces lésions sont consécutives aux altérations des tissus voisins et des os en particulier ; ainsi, à la suite d'ostéite suppurative des os du crâne ou de la face, on a noté des désorganisations partielles de la dure-mère (obs. de Tascheron, Gama-Guérin), des épanchements purulents, un épaississement de la membrane fibreuse avec épanchement d'une substance plastique entre la dure-mère et les os (Gosselin), entre la pie-mère et l'arachnoïde (Tascheron). La dure-mère a souvent été trouvée épaissie, même cartilagineuse (Raymond) ; on a rencontré des granulations dures dans les méninges (Duhamel, Tascheron).

2° *Lésions du tissu encéphalo-rachidien.* — On a observé

(1) MM. Blachez et Luys ont publié une observation de méningite granuleuse, présumée syphilitique, avec des détails microscopiques fort intéressants) Moniteur des sciences médic. et chirurg., 1861).

(2) Annales de thérapeutique, 1847.

chez les syphiliques presque toutes les lésions connues du tissu cérébral, depuis la simple congestion jusqu'à la désorganisation la plus complète. Mais de là à admettre que la syphilis peut produire des congestions, des apoplexies, des ramollissements spéciaux, il y a loin. Dans ces cas, en effet, aucun caractère anatomique n'a encore permis de différencier les lésions de celles qui sont dues à une cause vulgaire, et, tout en reconnaissant que la syphilis peut déterminer ces maladies, on en est à se demander par quel mécanisme elle les produit.

La seule lésion qui se présente avec des caractères spéciaux est ici, comme dans les autres organes, la *gomme* qui est l'altération pathognomonique de la vérole ; elle peut se présenter sous forme d'épanchement plastique ; plus souvent elle revêt l'apparence de tumeurs uniques ou multiples, plus ou moins exactement arrondies, de volume variable, ayant en un mot tous les caractères que nous avons assignés à la gomme du tissu cellulaire.

Ces produits morbides peuvent déterminer autour d'eux des altérations variées, telles que inflammations, apoplexies, ramollissement, etc. Ils ne diffèrent pour cela en rien des autres tumeurs cérébrales.

Les *lésions de la moelle épinière* sont encore moins connues que celles de l'encéphale. Les observations sont rares, et, dans la plupart de celles qui ont été rapportées, les accidents étaient déterminés par des lésions des os ou du périoste.

3° Les *nerfs* peuvent-ils être atteints directement par la syphilis ? Il est permis de rester dans le doute. Les accidents dont ils sont quelquefois le siége sont amenés par des produits morbides développés dans les tissus voisins, et ne sont le plus souvent que des symptômes de compression.

Rien de plus fréquent que l'ostéite et la nécrose de nature syphilitique des os du crâne et de la face. Les exostoses de ces régions et de la colonne vertébrale ne sont pas rares. Ces altérations peuvent amener secondairement, les premières, des lésions des enveloppes ou même de la pulpe nerveuse, les secondes, des accidents de compression.

Symptomatologie. — La syphilis peut porter son action sur les parties diverses qui composent le système nerveux, et produire toutes les variétés des affections nerveuses, depuis la simple douleur jusqu'à la névralgie la plus intense, depuis le plus léger affaiblissement de la locomotion jusqu'à la paralysie la plus complète, depuis la perte de la mémoire jusqu'à l'aliénation mentale la mieux caractérisée. En un mot, tous les désordres de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence, les névroses elles-mêmes, peuvent reconnaître la syphilis pour cause.

1° *Troubles de la sensibilité.* — Au début de la période dite secondaire, on trouve souvent deux symptômes importants qui sont sous la dépendance du système nerveux ; ce sont la céphalée et les douleurs rhumatoïdes dont l'histoire a été faite. Plus tard, pendant la

période tertiaire, ce sont les douleurs ostéocopes qui ont aussi été étudiées. Ces symptômes s'accompagnent souvent d'insomnie.

M. Sigmund (1) a signalé une insomnie particulière qui se montre, chez les sujets syphilitiques, plusieurs années après la disparition des accidents, et qui guérit ordinairement avec facilité par le traitement mercuriel. Elle peut amener des désordres graves, si on ne lui oppose pas un traitement convenable.

M. Pittschaft (2) a observé, chez certains enfants issus de parents vérolés, une insomnie opiniâtre, accompagnée de cris et de plaintes. Pensant qu'elle pourrait être l'indice de l'existence de douleurs nocturnes, analogues à celles des adultes, il eut l'idée de lui opposer un traitement spécifique, et il en retira de bons résultats. Les faits avancés par cet auteur ont été contrôlés par MM. René Vanoye et Guérard (3).

Les névralgies syphilitiques ne sont pas très-rares; leur existence est ordinairement facile à expliquer par la compression exercée sur le nerf par une exostose, une gomme, etc.

Outre ces névralgies symptomatiques, il en existe de simplement dynamiques, sans altération appréciable, ni dans le nerf douloureux, ni dans les parties voisines.

C'est surtout sur les nerfs crâniens que l'on a constaté ces accidents, en particulier sur les branches de la cin-

(1) *Oestreich Zeitschr.*, 1856.

(2) Cité par MM. Gros et Lancereau.

(3) Bulletin de thérapeutique, t. XXXVI.

quième paire, mais on a aussi rapporté des observations de névralgies des nerfs cervicaux et cruraux. On doit même à des auteurs recommandables la relation de faits de névralgies viscérales, gastralgie (Trousseau et Pidoux), entéralgie, hépatalgie (Andral), etc.

Il est extrêmement rare de rencontrer dans la syphilis la perte de la sensibilité avec conservation du mouvement; cependant M. Pétrequin en a publié un exemple.

Les troubles de la sensibilité générale sont exceptionnels; on observe quelquefois de l'hyperesthésie ou de l'analgésie.

Aucun caractère ne distingue les névralgies spécifiques des névralgies de cause vulgaire. On n'aura pour se guider que les antécédents et les symptômes concomitants.

2° *Troubles de la motilité.* — On a observé avec la syphilis toutes les formes d'altérations de la motilité, depuis la perte du mouvement la plus limitée jusqu'à la paralysie générale la mieux caractérisée.

La paralysie est souvent précédée d'exaltation de la sensibilité. Le malade ressent dans les parties malades des fourmillements, des élancements, des douleurs sourdes, et peu à peu la sensibilité s'éteint. La paralysie du sentiment, comme nous l'avons déjà dit, accompagne ordinairement la perte du mouvement.

Les paralysies syphilitiques (1) sont fréquentes, et il

(1) Ladreit de Lacharrière, des Paralysies syphilitiques (Thèses; Paris, 1861).

en existe aujourd'hui dans la science un grand nombre de faits probants. Les unes sont symptomatiques d'épanchements, d'exsudats, etc., ce sont les moins rares; les autres semblent dues à une simple lésion dynamique du système nerveux. On observe surtout l'hémiplégie et la paraplégie. La paralysie générale est rare.

Parmi les paralysies liées à l'altération d'un nerf isolé, celles des nerfs crâniens sont de beaucoup les plus fréquentes, et parmi elles, on doit citer la paralysie du facial, des nerfs moteurs de l'œil (1), du pathétique. On a rapporté également des cas de paralysie des nerfs olfactif, optique, trijumeau, auditif (2).

Les lésions du mouvement liées à des altérations des nerfs rachidiens sont plus rares.

On conçoit du reste que tous les nerfs peuvent être comprimés par une lésion spécifique, et alors cette compression amènera des accidents en rapport avec les fonctions du nerf.

Les paralysies syphilitiques, comme les névralgies, n'ont aucun caractère spécial, et, comme nous le verrons plus loin, aucun de ceux qui leur sont assignés par les auteurs ne leur appartient en propre.

3° *Troubles de l'intelligence.* — L'intelligence peut être lésée dans la syphilis comme les autres fonctions du

(1) Constantin Paul, De la Paralysie syphilitique du nerf oculo-moteur commun (*Moniteur des hôpitaux*, 1858). — Beyran, Paralysie syphilitique du nerf oculo-moteur externe (***Bulletins de l'Académie de Médecine***, t. XXV).

(2) Dupré, Des Affections syphilitiques du globe oculaire (Thèses, Paris, 1857).

système nerveux. Depuis le simple affaiblissement jusqu'à l'abolition complète de l'intellect, on peut observer toutes les gradations.

La nature de ces lésions, l'époque souvent tardive à laquelle elles se montrent, en rendent l'étude difficile, et permettent rarement de suivre la filiation des symptômes de manière à établir nettement la nature spécifique de la maladie. Aussi les faits sont-ils peu nombreux, nous parlons des faits probants, car les autres ne manquent pas. C'est surtout sur cette partie de la vérole que l'imagination des auteurs s'est trop souvent livrée à des divagations regrettables.

Les troubles de l'intelligence accompagnent souvent les autres affections du système nerveux. On a noté dans un certain nombre de cas de syphilis cérébrale, un grand affaiblissement de l'intelligence, diverses espèces de lypémanie, la mélancolie, l'hypochondrie, la manie tranquille ou furieuse, comme dans le cas de Benjamin Bell.

M. Lagneau fils, dans son livre si intéressant sur les affections nerveuses syphilitiques, insiste avec raison sur un symptôme assez fréquent, la perte de la mémoire, qui quelquefois ne revient pas, même lorsque la vérole est guérie ; perte de mémoire qui influe d'une manière remarquable sur le langage et la prononciation des mots, comme on peut s'en convaincre en lisant les observations rapportées par J.-L. Petit, Vidal, M. Robert, etc. (1).

(1) Voir Lagneau fils, loc. cit.

La syphilis peut-elle produire la folie? Si l'on en croyait les assertions des auteurs, rien ne serait moins rare que la démence syphilitique. Esquirol et Ferrus donnaient cette cause comme fréquente, sans apporter aucun fait à l'appui de leur dire. MM. Essmarch et Jessen, dans leur mémoire (1), relatent plusieurs cas qu'ils considèrent comme dépendants de la syphilis. M. Hildebrandt (2), dans sa thèse inaugurale, admet que tous ou presque tous les malades entrés à l'asile de Stephanfeld pour cause de paralysie générale, ont des antécédents syphilitiques....., mais les faits rapportés par ces auteurs sont loin d'entraîner la conviction.

Il existe cependant dans la science un certain nombre d'observations qui ont une grande valeur, et, sans rappeler ici le cas de manie furieuse décrit par Bell, on peut considérer comme établissant l'existence de cette forme syphilitique les faits rapportés par Vidal, par MM. Ricord, Melchior Robert, Schutzemberger, Zambaco, etc.; seulement, dans la plupart, la folie n'était que symptomatique, et il y avait une altération matérielle des centres nerveux.

Syphilomanie. — Nous devons dire, en terminant, quelques mots d'une nosomanie spéciale engendrée par la syphilis; elle a été décrite par M. Ricord sous le nom de *syphilophobie :* « En dehors des lésions primitives, réelles, maladies organiques ou fonctionnelles,

(1) *In Allg. Zeitschr. für Psychiatric,* 1857.
(2) De la Syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale, 1859.

la vérole produit souvent sur le cerveau un accident aussi grave que ceux que nous venons de signaler, c'est la syphilophobie. C'est une des affections morales les plus fâcheuses ; l'hypochondrie syphilitique est la plus malheureuse que les malades puissent avoir. Il n'y a plus de lésions matérielles, mais les malades ont peur de la vérole ; la chose la plus insignifiante leur paraît une des lésions les plus graves que puisse produire la syphilis. »

La manie vérolique n'est pas rare, elle se rencontre dans tous les rangs de la société, et on essayerait en vain de dissuader ces maniaques de leur croyance ; le mieux est de leur administrer un traitement simple, et de tâcher de les persuader, au bout d'un certain temps, qu'on s'est rendu maître du mal qui fait leur désespoir.

Névroses. — Les névroses syphilitiques liées à une lésion du cerveau sont admises sans conteste, mais il n'en est plus de même des névroses proprement dites, c'est-à-dire *sine materiâ*. Cependant, dans quelques observations où l'autopsie a fait constater l'absence complète de toute altération, et dans d'autres, où les accidents se sont montrés au début de l'infection, il est permis de supposer que la maladie était toute dynamique.

L'affection que l'on a vue le plus souvent est sans contredit l'épilepsie, et, comme elle s'est montrée surtout à une époque très-éloignée de la contagion, on en a conclu, avec assez de raison, qu'elle était symptomatique de lésions soit des os, soit des enveloppes ou du tissu cérébral lui-même, ou encore de tumeurs, d'épan-

chements, développés dans son épaisseur. L'épilepsie due à un simple trouble dynamique est admise par M. Trousseau, M. Delasiauve (*Traité de l'épilepsie*). On a rapporté des cas d'hystérie apparus au début de la période secondaire; on en trouve deux dans le livre de M. Zambaco et un dans le *Traité des maladies vénériennes* de M. Baumès.

M. Costilhes a relaté un fait de chorée syphilitique observé à Saint-Lazare; M. Zambaco en rapporte un autre : dans ces deux cas, les accidents se sont montrés au commencement de la vérole et ont guéri sous l'influence des spécifiques.

Marche, durée, terminaisons. — Les troubles nerveux, peuvent apparaître à toutes les périodes de la syphilis, et si on observe plus souvent les troubles symptomatiques à la période tertiaire, c'est à la période secondaire qu'appartiennent surtout les troubles dynamiques. Le début des accidents est brusque ou lent; c'est à tort que l'on a donné la marche chronique comme constante dans les paralysies de cause spécifique; elles peuvent débuter tout à coup et être immédiatement portées à leur summum d'intensité.

Une fois établie, l'affection peut disparaître spontanément, mais c'est l'exception, et ordinairement, dans ce cas, elle reparaît plus tard; le plus souvent, elle fait des progrès incessants, et si un traitement convenable ne vient pas enrayer sa marche croissante, le malade finit par succomber.

DIAGNOSTIC. — Il est toujours difficile de rapporter à leur véritable cause les affections nerveuses syphilitiques : nous avons vu en effet qu'aucun caractère spécial ne les distingue des mêmes lésions de cause vulgaire. On arrivera cependant souvent à reconnaître la nature de la maladie en interrogeant avec soin les antécédents du malade, en étudiant minutieusement les symptômes concomitants et en tenant compte des conditions au milieu desquelles se sont développés les accidents. Nous ne pouvons donner ici que quelques exemples ; pour faire le diagnostic complet, il faudrait passer en revue toutes les affections du système nerveux ; ces données suffiront cependant pour la plupart des cas qui peuvent se présenter dans la pratique.

Un malade au-dessous de 40 ans est tout à coup frappé d'apoplexie, suivie d'hémiplégie. Dans ce cas, on devra songer à la vérole, car l'hémorrhagie cérébrale est rare à cette époque de la vie. Si le malade présente dans ses antécédents des signes incontestables de syphilis, on aura plus de raison encore de croire à son existence, et enfin, s'il y a des symptômes actuels de la diathèse, le diagnostic acquierra une certitude presque absolue.

Par contre, si un malade adulte est atteint, sans cause évidente, d'épilepsie après 20 ans, on sera conduit à soupçonner la syphilis, parce qu'il est tout à fait exceptionnel de voir l'épilepsie débuter à cet âge.

On se rappellera, sans y attacher une importance exclusive, que les douleurs nocturnes présentent une grande valeur dans ces cas. On a remarqué dans

quelques observations que les accidents eux-mêmes (accès épileptiques, douleurs névralgiques, etc.) se montraient de préférence le soir, mais cette particularité est loin d'être aussi constante que l'ont avancé certains auteurs.

Le traitement, comme dans la plupart des accidents syphilitiques, constitue ici un moyen de diagnostic qu'on ne devra pas négliger; on sera quelquefois étonné de la rapidité avec laquelle s'amenderont sous l'influence du mercure ou de l'iodure de potassium des accidents que toutes les médications vantées contre les affections nerveuses ne faisaient qu'aggraver.

Pronostic. — Le pronostic varie suivant la lésion et aussi suivant le moment où elle se montre. Peu grave, en général, pour les accidents qui apparaissent au début de la diathèse, il devient d'autant plus fâcheux que la maladie est plus avancée.

Les affections *sine materiâ* ont une gravité moindre que celles qui sont symptomatiques de lésions matérielles, lésions qui font elles-mêmes varier le pronostic, suivant qu'elles siégent dans une partie plus ou moins importante du système nerveux. Les affections nerveuses spécifiques ne guérissent pas toujours, elles récidivent souvent, elles peuvent laisser après elles des infirmités incurables, et dans les cas mêmes les plus favorables, la guérison se fait souvent attendre plusieurs mois.

Traitement. — Le traitement n'est autre que celui de la diathèse qui tient les lésions sous sa dépendance.

Le mercure et l'iodure de potassium en forment la base; ils sont employés isolément ou simultanément, suivant les cas.

On doit, dans les cas rebelles, ne pas négliger le traitement par les frictions, dont l'action est très-énergique.

On est obligé, dans beaucoup de circonstances, de continuer les spécifiques pendant assez longtemps, avant d'obtenir une amélioration quelconque; il ne faut donc pas y renoncer trop vite, parce qu'ils ne semblent pas améliorer assez rapidement l'état du malade.

Le traitement local est souvent utile; ainsi, dans les affections cérébrales, on se trouve bien d'un large vésicatoire appliqué sur le crâne préalablement rasé, et pansé avec l'onguent napolitain.

On aura rarement l'occasion d'avoir recours aux antiphlogistiques dans ces sortes d'affections, mais on associera au contraire, dans quelques cas utilement, les toniques aux spécifiques.

CACHEXIE SYPHILITIQUE.

La cachexie est une altération profonde de l'économie amenée par l'empoisonnement syphilitique. On l'observe rarement dans notre climat, elle est assez fréquente sous les latitudes plus chaudes.

La syphilis ne produit directement la cachexie que dans des cas exceptionnels, elle n'est ordinairement

que la cause déterminante. Elle apparaîtra chez un malade d'une mauvaise constitution, qui aura commis des excès, aura été mal soigné, ou encore chez un syphilitique porteur de lésions viscérales profondes, qui altèrent la nutrition et débilitent l'économie. En un mot, la cachexie, dans la plupart des cas, ne sera pour ainsi dire qu'une complication, et n'appartiendra qu'indirectement à la syphilis.

La cachexie entraîne d'abord une diminution, puis une perte complète de l'appétit, un dégoût prononcé pour les aliments, et, comme conséquence, un amaigrissement rapide. Le visage présente une pâleur et une décoloration remarquables, qui s'étendent bientôt au reste du corps. Ces altérations sont plus tard remplacées par une teinte plombée spéciale de la peau, qui présente quelque analogie avec celle que l'on rencontre dans la cachexie paludéenne ou encore dans l'intoxication saturnine. Le malade est languissant, incapable d'aucun travail; des ecchymoses se montrent sur plusieurs points du corps; à une époque plus avancée, ce sont des suffusions séreuses dues à la diffluence du sang.

Le moral s'affecte en même temps; les malades sont tristes, rien ne leur fait plaisir; leur intelligence baisse, ils sont complétement indifférents à tout ce qui les entoure. A cette insouciance succède une apathie profonde, et même quelquefois celle-ci n'est qu'une des étapes qui conduisent le malheureux à l'idiotie.

Des accidents de diverses sortes accompagnent le plus souvent la cachexie et en accélèrent la marche.

Chez l'un, ce sont des lésions du poumon; chez d'autres, des altérations du foie ou des intestins; ailleurs, le corps se couvre d'ulcérations nombreuses, à suppuration fétide, que rien ne peut tarir.

A ces symptômes s'ajoute une fièvre lente, avec exacerbations le soir, sueurs nocturnes. L'affaiblissement fait des progrès rapides; les malades tombent dans le marasme et ne tardent pas à succomber.

Dans le cas de cachexie, il faut chercher à relever les forces du malade par tous les moyens possibles. On tâche de ramener l'appétit; on a recours à une hygiène bien entendue; on évite les mercuriaux et l'on administre les reconstituants sous toutes les formes. On retire souvent de grands services de l'hydrothérapie.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DE LA SYPHILIS.

Deux médicaments, le mercure et l'iodure de potassium, dominent, en France, toute la thérapeutique de la syphilis. Le premier s'emploie surtout contre les accidents précoces; le second est particulièrement réservé aux symptômes tardifs. Nous ferons l'histoire de ces agents, des différentes manières de les employer dans la syphilis; nous dirons quelques mots des substances proposées à diverses époques pour remplacer le mer-

cure, et de quelques modes de traitement vantés par les auteurs. Cette étude ne sera qu'une introduction au véritable traitement de la vérole, tel qu'on doit le comprendre aujourd'hui.

MERCURE.

Le mercure a été employé contre la syphilis dès les premières années de son apparition. Depuis longtemps les Arabes s'en servaient contre les affections de la peau, et en particulier contre la lèpre, et on fut conduit à appliquer à la vérole un médicament utile contre des lésions auxquelles on avait beaucoup de tendance à la comparer.

Widmann publia le premier un ouvrage sur l'emploi du mercure dans cette maladie. Vigo donna son nom à l'emplâtre qui existe encore de nos jours. Béranger de Carpi fit un grand éloge des frictions mercurielles; mais Mathiole paraît être le premier praticien qui osa donner le mercure à l'intérieur, et c'est à Paracelse que revient l'honneur d'avoir définitivement tracé les règles que l'on doit suivre dans l'emploi de ce médicament.

Les accidents nombreux auxquels donnait lieu l'usage de ce précieux agent le firent bientôt rejeter par un grand nombre de praticiens. La lutte a continué jusqu'à nous, et aujourd'hui encore les syphiliographes se divisent en mercuristes et antimercuristes. En dépit des attaques passionnées dont le mercure a été de tout temps l'objet, il n'en est pas moins resté le remède le plus certain que l'on puisse opposer aux accidents précoces de la syphilis. Nous chercherons plus tard à établir si

les inconvénients que présente son administration sont compensés par les avantages qu'il nous offre ; mais, nous pouvons le dire à l'avance, nous croyons qu'un grand nombre de syphilitiques peuvent guérir sans mercure sous notre climat ; les cas qui en réclament l'emploi ne sont pas encore bien délimités, mais d'heureuses recherches (1) ont déjà été faites dans ce sens, et nous ne doutons pas que l'on puisse, d'ici à quelques années, tracer des règles assez précises pour guider le praticien.

Le mercure se prescrit à l'extérieur et à l'intérieur.

A. *Mercure à l'extérieur.* — A l'extérieur, on emploie le mercure en frictions, en lotions et bains, et en fumigations.

a. *Frictions mercurielles.* — Ce mode de traitement a été longtemps le seul employé contre la syphilis. On le réserve aujourd'hui à quelques cas exceptionnels, que nous signalerons en donnant les règles générales à suivre dans le traitement de la vérole.

L'onguent napolitain est la pommade presque uniquement employée pour faire les frictions ; elle est composée de parties égales d'axonge et de mercure métallique. On en use 1 à 4 grammes pour chaque friction, dont la durée peut varier de dix à vingt minutes.

Les frictions se font ordinairement de la façon suivante. Le premier jour, après avoir fait prendre un

(1) Diday, Histoire naturelle de la syphilis. Paris, 1863.

bain au malade, on frictionne une jambe, de la plante du pied au genou ; le lendemain, le malade se repose ; le troisième jour, un nouveau bain et frictions sur la cuisse, du genou au bassin ; le quatrième jour, repos ; le cinquième, frictions sur l'avant-bras ; le septième, sur le bras, et, les jours suivants, sur les extrémités opposées, en ayant le soin de toujours laisser un jour d'intervalle entre chaque friction.

Si le malade fait lui-même la friction, il peut la pratiquer avec la main nue ; si c'est une personne étrangère, elle doit mettre un gant. Le plus souvent la pommade est appliquée sur la partie interne des membres, où la peau est plus fine et l'absorption plus active. On peut du reste faire ces frictions sur n'importe quelle partie, en ayant soin de ne pas les répéter plusieurs fois de suite sur le même point, pour éviter l'irritation des téguments. On enlève la pommade qui reste sur la peau à l'aide de lotions savonneuses.

Plusieurs modifications ont été proposées pour faire les frictions, mais elles n'ont qu'une importance secondaire ; ainsi :

Dans le procédé de Pihorel, on se sert de la pommade suivante :

Onguent napolitain.	90	grammes.
Sulfate de chaux ammoniacal. . .	30	—

Mêlez exactement ; 2 à 8 gr. pour chaque friction.

Cette pommade a sur l'onguent napolitain l'avantage de ne pas faire sur le linge des taches aussi difficiles à faire disparaître, le sulfure de chaux ammoniacal étant très-miscible à l'eau.

Dans le procédé de Peyrilhe, les frictions sont bornées à la muqueuse du gland. Dans celui de Scatigna, la pommade est placée le soir dans le creux de l'aisselle, pour être absorbée pendant la nuit. Cyrillo veut qu'on l'applique à la plante des pieds tous les deux jours, le soir en se couchant. Il employait la formule :

Deutochlorure de mercure.	4 grammes.
Axonge.	30 —

Triturez pendant douze heures dans un mortier de verre, et ajoutez :

Chlorhydrate d'ammoniaque. . . .	4 grammes.

Clare frictionnait deux ou trois fois par jour la muqueuse buccale aux environs du canal de Sténon ; il se servait du calomel. Brachet, de Lyon, a modifié ce procédé : il appliquait le calomel à la surface de la langue, qui exerçait les frictions contre la voûte palatine. M. Baerensprung, de Berlin, et M. Sigmund, de Vienne, emploient beaucoup les frictions mercurielles ; leur manière de procéder ne présente rien de particulier.

b. *Lotions et bains.* — Les lotions et les bains ne sont généralement utilisés que comme adjuvants du traitement général ou bien contre les accidents locaux. Les tentatives faites pour les employer comme seul mode de traitement n'ont eu aucun succès.

Les bains sont souvent utiles pour faire disparaître rapidement les lésions de la peau. On les formule ainsi :

Deutochlorure de mercure . . .	15 à 60 grammes.
Alcool.	q. s. pour dissoudre.

Versez dans une baignoire de bois.

Les lotions se font avec diverses solutions que nous indiquerons au formulaire.

c. *Fumigations.* — Les fumigations mercurielles sont connues depuis longtemps. Vigo employait le cinabre pour les faire. On s'est servi du calomel seul ou mêlé à différentes poudres, du mercure métallique, des sulfures, etc. Elles ont surtout été vantées par Glauber et Lalouette, qui ont perfectionné la manière de les appliquer. L'appareil le plus simple et le plus commode à la fois est une boîte carrée destinée à renfermer le corps entier du malade; elle doit présenter à sa face supérieure une ouverture pour laisser passer la tête. On fait vaporiser les composés mercuriels dans l'intérieur de la boîte; si l'on désire faire des fumigations locales, on n'a qu'à diriger la vapeur sur les points malades.

B. *Mercure à l'intérieur.* — On a longtemps hésité avant d'employer le mercure à l'intérieur, tant on redoutait les désordres qu'il pouvait produire. Mathiole, il est vrai, avait déjà donné l'oxyde rouge, mais il avait eu peu d'imitateurs. C'est surtout depuis Boerhaave et Van Swieten que l'on administre le mercure par la bouche, et aujourd'hui, en France, c'est presque la seule voie par laquelle on fasse pénétrer l'hydrargyre dans l'économie.

On a prescrit tous les composés mercuriels à l'intérieur, nous ne pouvons indiquer ici que les plus fréquemment employés; nous renvoyons le lecteur, pour tous les autres, à la fin du livre, où il trouvera un

exposé complet des différentes formules indiquées par les auteurs.

Le sublimé, le proto-iodure et le deuto-iodure sont surtout employés en France par les praticiens les plus recommandables; ils se donnent en solution et en pilules.

Le sublimé est administré à la dose de 1 à 2 centigrammes par jour, surtout en solution; il forme la base de la liqueur de Van Swieten.

Deutochlorure de mercure. . . .	1	gramme.
Eau pure.	900	—
Alcool rectifié.	100	—

Une à deux cuillerées à bouche par jour.

Il est encore le principe actif des pilules de Dupuytren.

Le proto-iodure se prescrit à la dose de 2 à 25 centigrammes par jour; la quantité ordinaire est de 5 centigrammes. Il a été préconisé par Biett; il est surtout employé de nos jours par MM. Cazenave et Ricord.

Proto-iodure de mercure. . . .	1	gramme.
Thridace.	2	—

Pour 20 pilules.

En ajoutant à cette formule, qui est celle de Biett, un peu d'extrait thébaïque et de conserve de roses, on aura la formule de M. Ricord.

Le bi-iodure se prend aux mêmes doses que le sublimé; on l'associe souvent à l'iodure de potassium. MM. Gibert et Bazin ont souvent recours à cette préparation.

Bi-iodure d'hydrargyre. . . .	0,20 centigr.
Iodure de potassium.	20 grammes.
Sirop de saponaire.	500 —

Une à quatre cuillerées par jour.

Modes d'administration des mercuriaux dans la syphilis. — Comme nous venons de le voir, le mercure est introduit dans l'économie par la peau ou les membranes muqueuses. Dans le premier cas, l'introduction se fait à l'aide des frictions, des fumigations, des bains et des lotions ; dans le second, elle a lieu au moyen de l'ingestion du médicament par la bouche, et plus rarement en le faisant pénétrer par le rectum.

Il existe une troisième manière de faire entrer le mercure dans l'organisme, mais cette fois c'est d'une façon indirecte. On administre l'hydrargyre à différents animaux (chèvres, ânesses) ou à des nourrices, et le lait devient le véhicule du médicament. On ne se sert guère de ce dernier mode que pour les enfants et les sujets profondément débilités ; son action curative est faible, elle est même niée par plusieurs auteurs.

On peut reconnaître trois manières principales d'administrer le mercure.

1° *Méthode de Boerhaave ou par salivation.* — Cette méthode a été pendant longtemps la seule en usage ; elle est aujourd'hui tombée dans un oubli mérité. Elle consiste à donner le mercure de façon que la bouche se prenne et que le ptyalisme se produise. Elle est très-efficace, mais elle entraîne les plus graves inconvénients.

2° *Méthode par mercurialisation.* — On prescrit les mercuriaux à hautes doses et rapidement. On a rarement l'occasion de l'employer dans la syphilis.

3° *Méthode de Montpellier ou par extinction.*— Imaginée par Chicoyneau, cette méthode a pour but d'éviter la salivation. On alterne et on éloigne les doses de mercure, on le suspend aussitôt que la bouche se prend; elle est d'un usage universel de nos jours.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES QUI SUIVENT L'ADMINISTRATION DU MERCURE. — Le mercure est un irritant local; appliqué à l'extérieur, il stimule les parties; suffisamment concentré, il devient caustique, au moins pour certains de ses composés. A l'intérieur, il agit surtout comme altérant, et donné même à doses modérées pendant un certain temps, il exerce une action remarquable sur le sang et sur le système nerveux. Tout le monde connaît les phénomènes qui surviennent du côté de la bouche et du tube digestif après l'administration de ce médicament. Nous allons dire quelques mots de chacun de ces phénomènes.

a. Le *sang*, sous l'influence du mercure, devient plus liquide; le caillot qu'il forme au sortir de la veine est mou et diffluent; il y a diminution des globules et de l'albumine; si l'administration en est continuée longtemps, on peut voir survenir tous les accidents de la cachexie : pâleur et décoloration des téguments, bouffissure de la face, infiltration du tissu cellulaire, palpitations, bruit de souffle au cœur et dans les artères, hémorrhagies passives, etc.

La cachexie mercurielle se montre rarement pendant le cours du traitement syphilitique, cependant on l'observe quelquefois à la suite d'un refroissement brusque. Il suffit de supprimer le mercure, de donner les sudorifiques et quelques purgatifs légers pour favoriser l'élimination du médicament, et bientôt on voit les accidents s'amender ; on peut en hâter la disparition en administrant les amers et les toniques.

b. Les *accidents nerveux* sont plus fréquents que les précédents pendant le cours du traitement classique de la syphilis, mais ils sont mal connus, parce qu'on les rapporte rarement à leur véritable cause ; on peut les classer sous les chefs suivants : tremblement et affaiblissement musculaire, inaptitude intellectuelle et plus tard folie mercurielle qui se rapproche de la folie alcoolique, quelquefois convulsions et même paralysies. L'iodure de potassium rend de grands services contre ces affections.

c. La *stomatite mercurielle* est l'accident qui arrive le plus fréquemment pendant l'administration du mercure. Cette inflammation est caractérisée par des symptômes variables suivant son intensité. Dans un premier degré, il y a rougeur, gonflement des gencives, leurs bords présentent un liséré rouge remarquable ; les malades ont un goût métallique dans la bouche, déjà la salive est plus abondante.

Dans le deuxième degré, on voit apparaître des plaques blanchâtres sur la face interne des lèvres, des joues, sur les côtés de la langue qui est tuméfiée comme les

autres parties de la bouche. Dans le troisième degré les plaques pseudo-membraneuses disparaissent, et, à leur place, existent des ulcérations plus ou moins profondes.

La gengivite débute au niveau des incisives inférieures, à moins qu'il n'y ait une dent cariée, car alors c'est sur la gencive qui lui correspond que se montre d'abord la lésion. Ces altérations s'accompagnent au début d'un goût métallique perçu par le malade ; peu à peu son haleine devient d'une fétidité repoussante et caractéristique. Il se fait un écoulement de salive, d'où le nom de *salivation mercurielle*, peu abondant d'abord, mais qui augmente peu à peu et a, dans certains cas, été porté jusqu'à 20 livres et plus pour vingt-quatre heures.

Les symptômes généraux sont ceux d'une fièvre vive, il y a de la chaleur à la peau, de la soif; les urines sont rares; il existe de l'inappétence et parfois de l'insomnie. On observait souvent, autrefois, lorsqu'on cherchait toujours à obtenir la salivation, un quatrième degré dans lequel les tissus ostéo-fibreux deviennent malades. Le périoste alvéolo-dentaire s'enflamme, les dents déchaussées tombent, l'os lui-mêmese carie et se nécrose. Aujourd'hui on a rarement l'occasion de voir des cas aussi graves, mais il n'est pas aussi insolite de rencontrer des personnes qui, après avoir subi des traitements mercuriels, conservent une grande sensibilité des dents dont plusieurs ont été altérées plus ou moins profondément et tombent de bonne heure.

Le traitement de la stomatite a été bien simplifié

dans ces dernières années. Il suffit ordinairement de donner le chlorate de potasse ou de soude ou même l'iodate de potasse en gargarisme pour voir les accidents se calmer en quelques jours. Dans les cas de moyenne intensité, il n'est pas même nécessaire de suspendre le traitement mercuriel.

Chlorate de potasse.	10	grammes.
Eau.	140	—
Sirop de mûres.	20	—

S'il y a des symptômes inflammatoires violents, on prescrira des gargarismes émollients et narcotiques. Il est rare qu'on soit contraint d'avoir recours à l'attouchement des gencives avec l'acide chlorhydrique fumant comme le recommande M. Ricord. C'est un excellent moyen, il faut seulement se rappeler que cet acide noircit les dents et les protéger contre son action.

M. Velpeau recommande l'emploi de l'alun en poudre porté avec le doigt sur les points malades; on répète cette petite opération trois ou quatre fois dans la journée.

La salivation se montre plus souvent sous l'influence des préparations insolubles ou lorsqu'elles sont données à doses fractionnées. Elle est plus facile chez l'adulte que chez l'enfant, chez la femme que chez l'homme. Le froid l'amène rapidement.

c. *Troubles digestifs et fièvre.* — Les préparations mercurielles agissent souvent d'une manière fâcheuse sur le tube digestif. Le proto-iodure exerce son action principalement sur l'intestin, il produit des coliques et

ensuite de la diarrhée ; le sublimé au contraire attaque l'estomac, et c'est surtout à la suite de son administration qu'on observe ces dyspepsies rebelles qui font le désespoir du malade et du médecin. Le mercure amène aussi quelquefois une espèce de fièvre d'intoxication qui oblige d'en cesser l'emploi.

d. *Éruptions mercurielles* (eczéma-hydrargyrie). — Le plus souvent c'est pendant l'application du mercure sur la peau que l'on voit se produire ces éruptions qui ont une grande tendance à envahir tout le tégument externe. L'éruption commence au niveau du point où est appliqué le topique mercuriel, elle présente une rougeur sombre qui peut constituer toute la maladie, une desquammation furfuracée succède à la rougeur au bout de quelques jours. Le plus ordinairement on voit apparaître sur les parties rouges des vésicules abondantes renfermant un liquide transparent qui se trouble bientôt, et alors elles se rompent ou se dessèchent sans s'ouvrir ; des croûtes foliacées les remplacent, et, à leur chute, la peau a repris sa coloration normale.

Il suffit de cesser la pommade et de faire quelque lotions émollientes pour voir rapidement disparaître cette affection.

L'administration du mercure à l'intérieur donne rarement lieu à des éruptions, au moins dans notre pays. L'hydrargyrie paraît plus fréquente en Angleterre, Alley (1) en décrit trois variétés qui ne diffèrent que

(1) Leçons sur les affections cutanées artificielles de M. Bazin, publiées par le Dr Guérard. Paris, 1862.

par l'intensité des symptômes : 1° l'*hydrargyria mitis*, 2° l'*hydrargyria febrilis*, 3° l'*hydrargyria maligna*.

IODURE DE POTASSIUM.

On employa d'abord l'iode dans le traitement de la syphilis ; mais, comme c'est un corps difficile à manier et dont les effets sont très-variables, on essaya bientôt de le remplacer par ses composés.

L'iodure d'amidon et l'iodure de fer furent successivement mis en usage ; les résultats obtenus furent moins constants qu'avec l'iodure de potassium qui a été introduit dans la thérapeutique de la syphilis par Wallace (1). M. Ricord, après des expérimentations nombreuses, a été conduit à réserver ce sel pour le traitement des accidents tardifs, et c'est à lui que l'on doit les règles qui nous guident aujourd'hui dans l'administration de ce médicament.

Associé au mercure, l'iodure de potassium a une action remarquable sur les accidents qui appartiennent à la période de transition de la classification de M. Ricord. C'est le traitement mixte.

Quelques auteurs l'ont vanté contre les accidents précoces, mais nous pouvons assurer qu'il n'exerce aucune action sur eux. Il faut cependant faire une exception pour les douleurs rhumatoïdes et surtout pour la céphalée qui disparaissent presque toujours avec rapidité sous l'influence de cet agent.

L'iodure se donne à la dose de 0,50 centigrammes à

(1) *The Lancet*, 1836.

5 grammes par jour, dissous dans l'eau simple ou dans un sirop.

Iodure de potassium.	10	grammes.
Eau.	250	—

Dissoudre. Une à quatre cuillerées à bouche par jour.

On a rarement besoin de dépasser cette dose, cependant on peut le faire sans grands inconvénients; un médecin de l'hôpital du Midi, M. le Dr Puche, donne jusqu'à 50 grammes d'iodure de potassium par jour, et jamais il n'a vu d'accident en résulter. Dans ce cas, la plus grande partie du médicament est éliminée sans profit pour le malade, et on le retrouve dans les urines au bout de quelques heures.

On a tenté de remplacer l'iodure par le bromure de potassium, mais l'action de ce dernier est beaucoup moins certaine, infiniment plus lente, et son emploi peut déterminer des accidents graves, comme nous en avons vu des exemples, lorsqu'on élève un peu les doses.

L'iodure de sodium pourra rendre des services dans les cas où le sel potassique aurait échoué. Cet agent a été expérimenté par M. Gamberini (1) qui le donne à doses un peu plus fortes que l'iodure de potassium. Nous en dirons autant de l'iodure d'ammonium.

L'administration de l'iodure de potassium détermine chez un certain nombre d'individus quelques phénomènes particuliers, qu'il est bon de connaître, du côté de la peau et des muqueuses. Sous l'influence de ce

(1) *Correspondenza scientifica in Roma.*

médicament, la pituitaire devient le siége d'un écoulement séreux parfois assez abondant. La muqueuse oculaire se congestionne, les paupières se gonflent, s'œdématient, et l'infiltration s'étend quelquefois aux parties voisines; il y a en même temps du larmoiement. On a signalé encore la salivation avec un goût amer et salé dans la bouche; cet accident peut être accompagné d'un gonflement œdémateux des gencives.

Les voies digestives n'échappent pas à l'action de l'iodure; la plupart des malades se plaignent, surtout au commencement du traitement, d'un sentiment de pincement, de constriction, à la région épigastrique.

On note encore une céphalalgie parfois assez vive, des bourdonnements et des douleurs dans les oreilles, du flux du côté des bronches, de l'intestin, de l'urèthre; on a même observé pendant l'administration de ce médicament de véritables chaudepisses purulentes (1).

Enfin, il n'est pas rare de voir apparaître sur la peau une éruption spéciale. Le plus souvent, elle revêt la forme pustuleuse (acné); mais on a signalé aussi des érythèmes, des papules, et même de véritables inflammations furonculeuses de la peau (Guérard).

SUBSTANCES AUTRES QUE LE MERCURE ET L'IODURE DE POTASSIUM QUI ONT ÉTÉ PRÉCONISÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

a. *Préparations d'or.* — En 1699, Gervais Uçay (2) fit un éloge pompeux de l'or associé avec un peu d'oxyde

(1) Guérard, loc. cit.
(2) Nouveau traité des maladies vénériennes. Paris, 1702.

de mercure. Lecoq, Loss, Rebentrost, Poterius, Weisbach, etc., en signalent également l'emploi. On l'avait oublié depuis longtemps lorsque Chrestien (1), de Montpellier, essaya de le réhabiliter. Il se servit surtout du muriate d'or mêlé à une substance inerte pour en diminuer l'âcreté. Le remède est employé en frictions sur les gencives, la face interne des lèvres, la langue, ou à l'intérieur, sous forme de pilules.

Les préparations d'or, expérimentées d'abord par Cullerier l'oncle, n'ont donné entre ses mains que des résultats problématiques. Biett et M. Cazenave n'ont guère été plus heureux. En 1847, M. Ricord essaya l'or associé au mercure et en particulier le chlorure, mais il y renonça bientôt.

b. Les *préparations d'argent et de platine* ont été vantées par MM. Serres (2) et Hœfer (3), mais elles n'ont présenté quelques avantages qu'entre les mains de leurs promoteurs.

Nous ne ferons que signaler les substances suivantes aussi vite oubliées que parues : l'*émétique*, l'*oxygène*, l'*ammoniaque*, l'*opium*, les *racines de lobelia syphilitica*, de *saponaire*, d'*astragale*, de *daphné mezereum*. Il y a quelques années à peine, on a conseillé contre la syphilis le *bichromate de potasse* et le *sulfate d'oxyde de cadmium* (4),

(1) De la Méthode iatraleptique. Paris, 1811.

(2) Mémoire sur les préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes. Montpellier, 1836.

(3) Gazette médicale, 1840.

(4) Arrastia, thèse de Paris, 1856.

mais ces corps n'ont pas plus d'action contre elle que les précédents.

c. Les *bois sudorifiques* ont joui d'une grande vogue à une époque qui n'est pas encore éloignée de nous. Aujourd'hui on s'accorde généralement pour leur refuser toute action spécifique, et si l'on prescrit encore les tisanes de salsepareille ou de gaïac, c'est par un reste d'habitude et non parce que l'on ajoute une grande foi à leurs vertus curatives. On peut les remplacer par la saponaire, la bardane et beaucoup d'autres plantes si l'on tient à donner une tisane. La squine et le sassafras ont des propriétés antisyphilitiques encore plus équivoques.

Les tisanes d'Arnoud, de Pollini, la décoction de Zittmann, de même que les sirops et robs exploités par différents charlatans, n'ont aucune action spéciale, et dans les cas où on en obtient du succès contre la syphilis, ce résultat doit être attribué au mercure qu'on y ajoute.

La tisane de Feltz a été recommandée par des hommes éminents; mais les avantages qu'on lui attribue doivent être rapportés à des erreurs de diagnostic, comme le fait remarquer M. Bazin. Elle contient de l'arsenic qui a une grande action sur les éruptions dartreuses, et l'on sait qu'il est quelquefois difficile de distinguer ces dernières des syphilides.

Les sulfureux, les toniques, et en particulier les ferrugineux, sont appelés à rendre de grands services dans le traitement de la syphilis, mais ils n'ont aucune in-

fluence sur la maladie elle-même, ils ne font que contrebalancer son action débilitante.

Syphilisation. — La syphilisation a été employée comme moyen curatif de la vérole ; nous nous sommes déjà prononcés sur la valeur de cette méthode, nous renvoyons le lecteur à l'Introduction, où ce point se trouve traité avec tous les développements qu'il mérite.

Vésication. — Au moment où les syphilisateurs se livraient à leurs expériences, M. le D[r] Cullerier, intimement convaincu que les inoculations chancreuses, faites le plus souvent avec le pus du chancre simple, n'agissaient que par révulsion, résolut de remplacer les inoculations par des vésicatoires.

Chaque jour il faisait appliquer quatre à six vésicatoires volants, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, sur la face antérieure de la poitrine du malade affecté de syphilis. Toute autre médication était suspendue.

On trouve dans la thèse de M. Parisot (1) l'exposé de cette méthode et les résultats obtenus. A l'aide de ce traitement on obtint la guérison des accidents secondaires, en moyenne, en trois mois et quelques jours ; les accidents tertiaires furent peu modifiés. Or on sait que les syphilisateurs n'ont que des résultats insignifiants contre les accidents tardifs, et qu'il ne leur faut pas moins de trois mois chez les individus qui n'ont

(1) Étude sur un nouveau traitement de la syphilis, etc. (thèse ; Paris, 1858.

pas pris de mercure et six chez ceux qui en ont pris (Bœck) pour faire disparaître les accidents secondaires ; on sait aussi qu'ils ne font pas moins de trois à quatre cents inoculations. L'avantage reste donc aux vésicatoires.

Vaccination. — Il y a quelques années, un garde forestier russe, du nom de Lukomski, eut l'idée de pratiquer des inoculations de virus-vaccin pour obtenir la guérison de la syphilis. Cette méthode fut expérimentée à l'hôpital Sainte-Catherine par MM. Papoff et Basile Jetzinsky, deux médecins distingués de Moscou. Au Midi, dans le service de M. Cullerier, à Lourcine, dans celui de M. Guérin, on laissa M. Lukomski faire quelques expériences, et les résultats furent complétement nuls.

Traitement arabique. — *Cura famis.* Cette manière de traiter la syphilis est rarement mise en usage de nos jours ; on la réserve pour les cas contre lesquels le mercure et l'iodure de potassium n'ont aucune action.

La base de ce traitement est la *diète sèche* à laquelle on soumet le malade. Le régime sec exige la proscription absolue des aliments ordinaires, et ne doit consister qu'en galettes, noix, amandes torréfiées, figues et raisins secs. C'est un traitement énergique qui peut rendre de grands services dans certains cas, mais il est malheureusement difficile à supporter.

RÈGLES GÉNÉRALES A SUIVRE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Le traitement de la syphilis se divise en deux chapitres, le traitement local et le traitement général. Le premier a été déjà indiqué, à propos de chacun des accidents de la syphilis ; nous n'y reviendrons pas ici.

Traitement général classique de la syphilis. — Le traitement de la syphilis était en France, jusque dans ces derniers temps, à la fois le plus simple et le plus banal qu'on puisse imaginer. Deux médicaments, le mercure et l'iodure de potassium, en faisaient tous les frais; mais un de ces hommes qui ne se contentent pas de suivre les chemins battus et d'accepter aveuglément les idées reçues, vient d'ouvrir une voie toute nouvelle, et ceux qui aiment le progrès se hâteront de le suivre dans cette route qui nous ouvre des horizons remplis d'avenir.

Nous allons résumer en quelques lignes le traitement actuel de la syphilis, tel qu'on le trouve stéréotypé dans tous les ouvrages classiques ; nous exposerons ensuite, aussi brièvement que possible, les vues de M. Diday, qui nous paraissent dignes de l'attention de tous les praticiens sérieux.

Le mercure est presque exclusivement employé contre les accidents précoces, non qu'il soit le spécifique de la vérole, comme on l'a dit et répété à tort, mais parce qu'il fait disparaître les accidents plus vite que toute autre substance.

Ici une première difficulté se présente : à quel mo-

ment faut-il commencer à traiter la syphilis? peut-on donner le mercure dès l'apparition du premier signe de l'infection, le chancre, ou attendre l'éclosion des symptômes secondaires? Il semble d'abord qu'il ne peut y avoir le moindre doute à ce sujet : le chancre infectant existe, le malade a la syphilis, il faut le traiter. Que penserait-on d'un médecin qui, une maladie bien reconnue étant donnée, attendrait pour la soigner qu'elle eût fait de nouveaux progrès? C'est cependant la conduite que suivent d'éminents praticiens dans la syphilis. Les syphiliographes en effet sont partagés d'opinion sur cette question : les uns veulent, et c'est le plus grand nombre, qu'on administre le mercure dès que l'existence de la vérole est bien établie; les autres au contraire, avec MM. Diday et Cullerier, ne commencent le traitement qu'au moment de l'apparition des symptômes secondaires. Les premiers prétendent, avec une apparence de raison, qu'on doit toujours chercher à guérir une maladie le plus tôt possible; les seconds soutiennent que le mercure ne guérit nullement la syphilis, qu'il ne fait que reculer l'apparition des accidents, qu'il n'est, disons le mot, qu'un palliatif, et qu'en le prenant de bonne heure on s'expose à laisser le malheureux malade sous le coup d'une vérole, espèce d'épée de Damoclès qui le menace continuellement et ne manquera pas de le frapper tôt ou tard. On le voit, les raisons sont aussi spécieuses d'un côté que de l'autre. Notons seulement ce fait, dont nous tirerons parti plus tard, le mercure ne guérit que les accidents et non la syphilis.

Les mercuristes, soit qu'ils donnent le mercure dès l'apparition du chancre infectant, soit qu'ils le réservent pour les accidents secondaires, s'accordent pour l'administrer aux doses suivantes : 2 à 10 centigrammes de proto-iodure (dans quelques cas, on élève la dose jusqu'à 25 centigrammes par jour), 1 à 2 centigrammes de sublimé ou de bi-iodure en solution ou en pilules. On a rarement recours aujourd'hui à d'autres composés mercuriels, bien que l'on puisse à la rigueur les employer tous à peu près avec le même succès. On se rappellera que le proto-iodure a une action spéciale sur l'intestin, le sublimé sur l'estomac, pour préférer le premier chez les personnes qui ont l'estomac faible, et le second chez celles dont l'intestin est sensible.

Lorsqu'une préparation mercurielle n'a pas une action évidente sur les lésions contre lesquelles on la donne, on doit la remplacer par une autre qui, dans bon nombre de circonstances, amènera la disparition rapide des symptômes. On n'a pu jusqu'à ce jour saisir les raisons pour lesquelles les résultats sont quelquefois si opposés dans des cas en apparence semblables, suivant que l'on met en usage tel ou tel composé mercuriel.

On a prescrit le mercure; mais pendant combien de temps faut-il le donner? On comprend toute la naïveté des auteurs qui recommandent de prendre un certain nombre de pilules ou une certaine quantité de cuillerées de solution pour guérir une vérole, ou encore qui enjoignent au malade d'absorber le médicament pendant tant de semaines ou tant de mois. Non,

ce ne peut être une question de nombre ni une question de temps, le bon sens l'indique et la raison le dit, il n'y a dans cet ordre de faits rien de fixe, la meilleure règle est encore celle qui consiste à faire suivre la médication jusqu'à la disparition complète des accidents et même quelques semaines plus tard.

Contre les accidents tardifs ou tertiaires de M. Ricord (lésions des os, des muscles, des organes, etc.), on a recours à l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 5 ou 6 grammes en solution; il n'est jamais nécessaire de dépasser cette dernière quantité.

Il existe quelques affections qui n'appartiennent ni aux lésions secondaires ni aux tertiaires, qui se trouvent placées chronologiquement entre les symptômes précoces et tardifs, comme les altérations profondes de la peau et des muqueuses, et contre lesquelles le mercure et l'iodure isolés n'ont que peu d'action. Si au contraire on associe l'hydrargyre au sel potassique (traitement mixte) contre ces accidents dits de transition, on obtiendra des résultats vraiment merveilleux.

L'iodure de potassium trouve encore son emploi contre certains accidents précoces que le mercure ne fait pas disparaître ou sur lesquels son influence est très-lente, telles sont la céphalalgie, les douleurs rhumatoïdes.

On voit combien nous avions raison de dire en commençant que rien n'est plus simple que le traitement actuel de la vérole, car à part quelques complications dont le praticien doit tenir compte, il lui suffit de con-

naître une formule de pilules et tout est dit : Vous avez la vérole, prenez du mercure; vous avez des récidives, prenez du mercure et toujours du mercure..... Heureusement, depuis quelques années, l'iodure de potassium est venu enlever à cet agent dangereux une partie de son monopole, et nous espérons que dans un temps qui n'est pas éloigné l'hydrargyre sera exclusivement réservé pour quelques cas exceptionnels bien délimités.

Il nous reste à établir maintenant que le mercure est un agent dont l'emploi peut avoir de graves inconvénients pour l'organisme, ce qui nous conduira fatalement à cette conséquence, que son usage doit être aussi restreint que possible, et dans cette étude nous suivrons pas à pas M. Diday; on ne saurait choisir de meilleur guide.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS SANS MERCURE.

La syphiliographie a fait depuis quelques années de magnifiques conquêtes : la blennorrhagie définitivement séparée de la syphilis, le chancre simple distingué de l'accident initial de la vérole, le dogme de la contagion secondaire accepté de tous, celui de la contagion du sang établi sur des expériences incontestables. Mais un grand nombre de points restent encore à élucider, un grand nombre de progrès à faire : parmi ces derniers, il en est un qu'on poursuit avec ardeur, on peut le dire, depuis les premières années de la syphilis, c'est le traitement sans mercure.

De tout temps, on a essayé de traiter la syphilis sans

mercure; déjà, aux XVe et XVIe siècles, Massa, Montanus, Vigo, Benedictus, etc., tentent de limiter l'usage de ce médicament; plus près de nous, l'école physiologique essaye de le supprimer complétement, mais malheureusement pour le remplacer par un traitement irrationnel; depuis plusieurs années, un certain nombre de praticiens recommandables de l'Angleterre et de l'Allemagne emploient exclusivement le traitement simple. Les travaux de tous ces auteurs n'ont qu'une valeur secondaire, ils ne connaissaient pas les deux chancres, et souvent ils ont cru guérir des véroles qui n'étaient rien autres que des affections locales des plus simples.

C'est en tenant compte de la distinction si importante des deux chancres qu'on pourra arriver à recueillir les éléments nécessaires à la solution de la question qui nous occupe; déjà l'œuvre est commencée : M. Diday, dans un remarquable livre publié il y a quelques mois, nous ouvre la voie; nous n'avons qu'à le suivre.

L'éminent praticien lyonnais distingue deux espèces de véroles, les unes faibles, les autres fortes; les premières doivent toujours être traitées sans mercure, les secondes en réclament l'emploi. Il admet aussi que, dans la grande majorité des cas, on peut reconnaître, voire même au début, la force différente du virus.

Les véroles faibles ont pour premier accident l'érosion chancriforme; la première poussée est érythémateuse, les incubations sont courtes, celle qui sépare le moment de la contagion de l'apparition du chan-

cre, de même que celles qui espacent les différentes poussées. Enfin elles proviennent de la contagion d'un accident secondaire ou d'une érosion chancriforme.

Les véroles fortes ont pour symptôme initial le vrai chancre, le chancre huntérien, à base large et fortement indurée. Les incubations sont plus longues. Les poussées ont lieu sous formes de lésions plus profondes, squammeuses, pustuleuses. Elles sont le résultat de la contagion d'un chancre franchement induré.

Ces premiers points démontrés, l'auteur établit :

1° Que la guérison spontanée (sans mercure) de la vérole est la règle;

2° Que le mercure est un médicament dangereux. Il fait disparaître les accidents précoces de la syphilis, mais il ne met nullement à l'abri des récidives, et ne guérit pas la maladie.

Ces données conduisent M. Diday à poser les règles suivantes pour le traitement de la syphilis :

a. *Chancre.* — Au vrai chancre, chancre huntérien, opposer le traitement mercuriel; contre l'érosion chancriforme, pas de traitement interne.

b. *Période prodromique.* — Dans cette période, à moins de dureté ligneuse du chancre, jamais de mercure.

« Le remède, le vrai spécifique des accidents prodromiques, est l'iodure de potassium ou de sodium pendant une quinzaine de jours. Les ferrugineux sont toujours nécessaires, le quinquina souvent utile, comme auxiliaire. »

c. *Première poussée.* — Le diagnostic se complète

d'après la forme de l'accident : « A roséole... expectation. A syphilide vésiculeuse, squammeuse, pustuleuse..... mercure. A syphilide papuleuse... expectation, mais surveillance. »

d. *Seconde poussée.* — A l'aide de l'étude des symptômes, on arrive également à opposer un traitement convenable contre chaque lésion. Le mercure est indiqué, par M. Diday, contre l'aphonie, l'iritis, l'albuginite, l'onyxis, les squammes plantaires et palmaires.

Dans les cas, et ils sont nombreux, où le mercure ne doit pas être administré, on doit s'adresser aux reconstituants sous toutes les formes : l'hygiène joue ici un grand rôle; ainsi l'alimentation doit être essentiellement réparatrice; les malades doivent habiter un logement bien aéré, avoir un bon sommeil; on doit remonter leur moral. A ces premiers moyens, on ajoute les ressources fournies par les corroborants directs; on administre le fer, le quinquina, etc. Nous ne pouvons ici qu'indiquer brièvement les excellents préceptes dictés par l'éminent syphiliographe lyonnais, et nous renvoyons le lecteur à son excellent livre que tout praticien doit lire.

En terminant, nous dirons seulement que nous nous associons pleinement au vœu de M. Diday, de voir le mercure réservé à certains cas de syphilis. Nous ferons quelques réserves pour les dictinctions admises par cet auteur entre les véroles faibles et fortes. Nous croyons que toutes les véroles se ressemblent, et qu'il faut chercher ailleurs que dans la force du virus les résultats différents qu'elles amènent chez tel et tel individu.

Cette restriction faite, nous croyons comme lui que le mercure est un médicament dangereux, qu'il pourra disparaître un jour de la thérapeutique de la syphilis. Quelques observations que nous avons pu recueillir concordent parfaitement avec celles de ce médecin, au moins au point de vue de la bénignité des véroles traitées sans mercure. Parmi ces observations, cinq surtout ont laissé dans notre esprit des traces ineffaçables; deux remontent à cinq ans, et des trois autres, deux datent de deux ans et une d'un an. Dans toutes, les malades n'ont, à aucune époque, pris un atome de mercure, et cependant ils n'ont présenté comme accidents qu'une roséole et quelques plaques muqueuses; le malade qui fait le sujet de la 5e observation n'a eu encore (depuis un an) que son chancre infectant, chancre infectant des mieux caractérisés, avec pléiade ganglionnaire des plus prononcées.

Les accidents tardifs, à part quelques cas exceptionnels, ne réclament pas l'emploi du mercure; leur traitement est celui que nous avons indiqué plus haut.

SYPHILIS INFANTILE

Sous le nom de *syphilis infantile* on comprend à la fois et la syphilis héréditaire et la syphilis acquise des enfants.

La syphilis héréditaire (*connata* de Swediaur), nommée encore *congéniale* ou *congénitale*, a trait seulement à la forme dont les enfants apportent le germe en venant au monde et qu'ils tiennent de leurs parents.

La syphilis acquise ou accidentelle au contraire résulte d'une contagion qui a lieu après la naissance, soit au moment de l'accouchement, soit plus tard. Son histoire ne diffère pas de celle de la syphilis chez l'adulte, elle a pour premier accident un chancre, suivi des accidents ordinaires de la vérole. Cependant, comme elle offre dans son étiologie, ses applications médico-légales, etc., quelques points qui lui appartiennent d'une façon plus spéciale et qui la rapproche de la syphilis héréditaire, nous avons cru devoir placer dans ce chapitre ce qui se rapporte aux particularités qu'elle présente, renvoyant pour la description générale de la maladie à la syphilis de l'adulte.

Historique. — En 1780, sous l'inspiration de plusieurs médecins, un nommé Lenoir, chef de l'administration de l'Hôpital général de Paris, créa un hospice spécial pour les enfants syphilitiques. Une maison

fut choisie à Vaugirard; on y reçut des femmes enceintes infectées, des nourrices allaitant leurs enfants, les enfants abandonnés et ceux qui étaient nés de parents pauvres, tous attaqués de la syphilis.

En 1793, ce service fut transféré dans l'ancien couvent des Capucins, faubourg Saint-Jacques, d'où il devait être transporté à l'hôpital de Lourcine quelques années plus tard.

A partir du moment où cet asile fut ouvert aux enfants syphilitiques, on commença à s'occuper sérieusement de l'étude de la syphilis infantile, plusieurs mémoires importants parurent bientôt, et, malgré le retard apporté par la grande révolution, Bertin publiait, en 1810, un traité de la syphilis chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices, le premier ouvrage complet qui ait paru sur la matière.

Avant cette époque, on trouve bien, dans les ouvrages spéciaux, quelques aperçus, quelques réflexions qui ont trait à cette partie intéressante de la vérole, mais irrégulièrement épars çà et là. Ces faits isolés prouvent seulement que la diathèse héréditaire et les particularités qui s'y rattachent avaient été entrevues par les auteurs. Nous allons pouvoir en juger en jetant un coup d'œil rapide sur les ouvrages des syphiliographes qui ont précédé le XIXe siècle.

En 1498, Gaspard Torella écrivait, à propos de la contagion : «Ut videtur in pueris lactantibus, in quibus « prima infectio apparet in ore aut in facie, et hoc ac- « cidit propter mammas infectas aut faciem, aut os « nutricis seu alicujus alterius. Solent enim nutrices

« sæpius infantes osculari, et sæpius vidi infantem in-« fectum hoc morbo multas nutrices infecisse. »

1505. Jacques de Catanée, énumérant les causes de la vérole, dit : « Quinta causa est longa mora et as-« sidua dormitio cum infectâ, vel cum infecto, sine « coitu..... Hoc etiam modo vidimus plures infantulos « lactantes morbo infectos, plures nutrices infecisse. »

1508. Georges Vella nie l'hérédité de la syphilis; mais, par contre, il admet la contagion par l'air.

1530. Fracastor émet à peu près les mêmes opinions.

1536. Paracelse, le premier, énonce clairement l'hérédité de la vérole : « Est morbus fœdus, hæreditarius « quam lepra; » et plus loin : «Morbus venereus tantum « nascitur ex venere, deinde fit etiam ex hæreditate. »

(1532) Nicolas Massa, (1540) Antonius Gallus, (1556) Fernel, (1554) Amatus Lusitanus, reconnaissent la syphilis héréditaire, mais croient surtout à la contagion directe ou par l'air.

On trouve également dans Benedictus Victorius (1551), M. Brassavole (1550), Fallope (1555), des textes qui se rapportent à ce sujet.

L. Botal (1563), A. Ferrier (1553), Pierre Haschard (1554), en parlent en termes très-explicites.

G. Rondelet (1560), au chapitre de la contagion, s'exprime ainsi : «Aliquis hoc morbo corripi potest..... « vel nutrice, vel a parentibus, etc....; » et plus loin : « Pueri lac sugendo vitiosam ore malum contrahunt, « cum vero nutrice a pueris accipiunt, tunc in manus « accipiunt. »

Tomitanus (1563), Petronus (1569), parlent aussi

de l'hérédité syphilitique, de la contagion par le lait.

Ambroise Paré (1561) connaissait fort bien la syphilis héréditaire, et c'est à tort que quelques auteurs ont voulu le nier : « Souvent, dit-il, on voit sortir les petits enfants hors le ventre de leur mère ayant la maladie, et, tôt après, avoir plusieurs pustules sur le corps. » Il connaissait non moins bien la contagion entre nourrices et nourrissons.

De Blégny, Musitanus, Garnier et la plupart des auteurs de la fin du XVIIe siècle et du XVIIIe, ont déjà des connaissances plus étendues et traitent plus méthodiquement la vérole infantile. Les travaux de Boerhaave, d'Astruc, de Rosen, de Levret, etc., achèvent de la mieux faire observer, mais ce n'est que lorsque l'hôpital spécial de Vaugirard fut créé que cette partie importante de la syphilis put être connue d'une manière satisfaisante; les matériaux abondent alors, les observateurs se succèdent, et on voit paraître, à peu de distance les uns des autres, les mémoires de Faguer, de Doublet, de Mahon, et enfin l'excellent livre de Bertin. A partir de ce moment, l'étude de la syphilis infantile fit de rapides progrès, et aujourd'hui elle a été poussée si loin qu'elle semble arrivée à son apogée. S'il reste encore quelques points obscurs qui nuisent à la clarté générale du tableau, il suffira de quelques efforts pour les élucider (consulter la notice bibliographique pour les ouvrages contemporains).

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie de la syphilis héréditaire est un de ses points les plus intéressants; la solution

des diverses questions qui s'y rapportent touche aux intérêts les plus graves de la société.

La syphilis acquise, dont les symptômes sont les mêmes que ceux de la vérole chez l'adulte, présente, dans la partie étiologique, quelques particularités que nous aurons à signaler.

I. Étiologie de la syphilis héréditaire. — Le problème est complexe; on doit successivement rechercher l'influence du père, celle de la mère, et enfin l'influence des deux parents réunis sur les rejetons.

Le père seul est syphilitique. — L'influence du père syphilitique sur son produit est aujourd'hui admise sans conteste par tous les praticiens qui se sont occupés de cette question.

Niée par Vassal (1), rejetée par MM. Cullerier (2) et Notta (3), l'influence (4) du père est établie aujourd'hui sur des bases irréfutables; les faits sont nombreux, on n'a que l'embarras du choix.

Swediaur (5), Bertin (6), Haase (7), Bœhr (8), ont vu

(1) Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant. Paris, 1807.

(2) De l'Hérédité de la syphilis (*Mémoires de la Société de chirurgie*, 1857, t. IV, p. 230).

(3) Mémoire sur l'hérédité de la syphilis (*Archives générales de médecine*, mars 1860).

(4) M. Bouchut admet sans restriction l'influence paternelle; c'est donc à tort que M. Diday lui prête l'opinion contraire (Bouchut, Traité des maladies des nouveau-nés, 4e édit., 1862, p. 988).

(5) Traité des maladies vénériennes, t. II, p. 11.

(6) Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, p. 163.

(7) *Allgemein Mediz. annal.*, février 1829.

(8) *Journ. der pract. Heilkunde*, 1836.

souvent naître des enfants vérolés, le père seul étant malade.

MM. Cederschjold (1), Bertherand (2), Depaul (3), Trousseau (4), Campbell (5), Martinez y Sanchez (6), Émile Vidal (7), rapportent des observations qui ne sont pas moins probantes.

M. Charrier a publié, il y a quelques mois à peine, une note où il relate six faits destinés à convaincre le lecteur de l'innocuité de la vérole chez le père pour son produit; il est fâcheux qu'ils ne puissent avoir qu'une valeur restreinte.

Que prouvent quelques cas négatifs isolés?

L'influence du père une fois admise, il reste quelques questions secondaires à élucider, questions qui peuvent en être considérées comme des corollaires.

a. Le fœtus produit d'un sang vicié peut-il infecter directement la mère.

La plupart des auteurs reconnaissent ce mode de contagion. On comprend difficilement en effet comment la mère pourrait rester pendant neuf mois en contact avec son enfant malade sans être exposée à la contagion. La mère n'infecte-t-elle pas le plus

(1) *Tisdscrift for Lakare*, Bd. VII, 1820.
(2) Traité des maladies vénériennes, p. 331.
(3) Gazette médicale de Paris, 1851.
(4) Leçons cliniques sur la syphilis congénitale (*Union médicale*, 1857).
(5) *The London and Edinburgh monthly journal*, 1844.
(6) Essai sur la syphilis héréditaire (thèse; Paris, 1855).
(7) De la Syphilis congénitale (thèse pour l'agrégation, 1860).
(8) Archives générales de médecine, sept. 1862.

souvent son produit? pourquoi n'en serait-il pas de même du fœtus ? les conditions ne sont-elles pas semblables ?

MM. Maisonneuve et Montanier (1) nient ce mode d'infection, mais sans apporter aucun fait à l'appui de leur opinion.

Admis par MM. Ricord (2), Depaul (3), il est prouvé sans réplique par les observations de Troncin (4), Hutchinson (5), Sémanas (6), MM. Laugier (7), Diday (8), de Méric (9), Melchior Robert (10).

Les accidents se montrent ordinairement après l'accouchement, ils ne diffèrent en rien des manifestations habituelles de la vérole, ils sont toujours secondaires ou tertiaires.

Dans certains cas, comme le fait remarquer M. Melchior Robert, l'influence du fœtus sur la mère est moins évidente, on n'observe aucune manifestation extérieure, seulement on voit la femme pâlir, maigrir, s'étioler; si d'autres grossesses surviennent, la santé

(1) Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1853.

(2) Discours sur la contagion des accidents secondaires (Académie imp. de Médecine, 1852).

(3) Bulletins de l'Académie de Médecine.

(4) De l'Extinction de la maladie vénérienne.

(5) De la Transmission de la syphilis du fœtus à la mère (*Medical Times and Gazette*, 1856).

(6) Cité par M. Diday.

(7) Cité par M. Vidal.

(8) Traité de la syphilis des nouveau-nés, 1854.

(9) *Lettsomian lectures*, 1858.

(10) Nouveau traité des maladies vénériennes, 1861.

s'altère de plus en plus, et la femme paye de sa vie la faute dont elle est innocente.

b. Un homme vérolé cohabitant avec une femme enceinte peut-il donner directement la maladie au fœtus sans infecter la mère ?

Le sang maternel, dans ce cas, servirait de moyen de communication. Il est assez difficile de croire à cette espèce de contagion médiate ; on doit cependant en signaler la possibilité, puisque des auteurs recommanbles sont disposés à l'admettre.

De Blégny (1), Hunter (2), signalent ce genre d'infection. Nisbett (3) croit que « le virus vénérien qui circule dans la masse générale peut infecter l'enfant sans affecter la mère. »

Lawrence et après lui M. Diday rappellent à ce sujet les observations de variole rapportées par Mead, Piedagnel, MM. Lebert et Depaul, Simpson, observations dans lesquelles le fœtus fut infecté pendant que la mère restait indemne, se demandant pourquoi il ne pourrait pas en être de même de la syphilis. Mais le cas est-il bien le même, et une femme vaccinée se trouve-t-elle dans la même disposition de réceptivité variolique, qu'une femme saine de réceptivité syphilitique ?

On trouve cependant des faits qui semblent devoir entraîner la conviction, tel est celui d'Albers (4) cité

(1) Traité des maladies vénériennes, 1698.

(2) Traité de la maladie vénérienne, trad. Richelot, 1853.

(3) Traité des maladies vénériennes, trad. Petit-Radel, 1788.

(4) *Ueber Erkenntnifs und kur der Syphilis.* Handkrankhand, l. C., p. 19.

par M. Diday. Bien plus, on a rapporté quelques observations dans lesquelles l'influence du père se continue après la mort. Une femme veuve a eu un premier mari syphilitique ; elle se remarie ; quoiqu'elle n'ait jamais présenté aucun symptôme d'infection, les enfants qu'elle aura de son second mari pourront être vérolés. Les faits curieux observés sur les animaux par M. Harvey (1) viennent à l'appui de cette thèse.

La mère seule est syphilitique. — Il suffit de se souvenir un instant des rapports intimes qui existent entre la mère et l'enfant pendant la gestation pour comprendre que l'empoisonnement est presque fatal lorsque la mère est vérolée.

Ici cependant il est nécessaire de distinguer deux cas : la mère est infectée avant la conception ou bien elle a contracté la syphilis pendant la grossesse.

Lorsque l'infection a eu lieu avant la conception, le fœtus n'échappe presque jamais à l'empoisonnement. A part M. Capdevila (2) qui a le tort de se contenter d'une simple négation, et F. Mayor (3) qui rapporte 49 observations peu concluantes, tous les auteurs sont de cet avis, comme on pourra facilement s'en convaincre en parcourant les faits rapportés par Vassal, Lallemand, MM. Cazenave, Bertherand, Bardinet, Bergeret, Diday, etc.

(1) Cité par M. Becquerel, Traité d'hygiène, 1854.
(2) Gazette hebdomadaire, 1856, p. 677.
(3) Recherches sur la syphilis héréditaire chez les enfants (*Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, t. IV, p. 263, trad. de M. Axenfeld).

Si la femme a été infectée pendant la grossesse, le produit est exposé également à contracter la syphilis; mais sur ce point les auteurs font des restrictions.

Bertin (1) avait déjà remarqué que les femmes enceintes admises à l'hôpital à une époque avancée de leur grossesse, et seulement lorsqu'elles présentaient des symptômes de syphilis, mettaient souvent au monde des enfants sains qui n'offraient ultérieurement aucun signe de la diathèse.

Abernethy admettait que la femme qui avait contracté la vérole après le septième mois ne contaminait pas son produit. Si l'infection a lieu pendant les trois derniers mois, dit M. Ricord, il n'est pas sûr que la transmission soit possible.

M. Cullerier croit que l'infection peut se produire à tous les âges de la vie fœtale et à toutes les périodes de la maladie de la mère.

MM. Natalis Guillot et Bois de Loury ont vu des femmes ayant des accidents primitifs pendant les derniers temps de la grossesse donner le jour à des enfants qui sont restés sains.

M. Mandron (2), dans un mémoire couronné au concours de Bruxelles, déclare «que la syphilis gagnée par la mère pendant la grossesse ne saurait être transmise au fœtus.» Malheureusement l'auteur rapporte à l'appui de son dire quatre observations qui prouvent justement le contraire.

(1) Loc. cit.
(2) Journal de Bruxelles, 1856.

M. Diday (1) dit que jamais la syphilis contractée par la mère, soit avant la quatrième semaine, soit après le septième mois révolu, n'a été une cause d'infection pour le fœtus. Cela paraît ressortir des faits qu'il rapporte, faits empruntés à Starck, Gilbert, Bertin, MM. Depaul, P. Dubois, Baumès, Michon.

Il nous paraît difficile d'admettre qu'une femme diathésée au début de sa grossesse puisse mettre au monde un enfant sain ; nous supposons bien entendu qu'elle n'a été soumise à aucun traitement ; et nous sommes tout disposés à répéter avec M. Prieur (2) : «Existe-t-il des cas bien authentiques de mère affectée d'accidents secondaires dans les premiers mois de sa grossesse qui n'ait pas transmis la syphilis à son enfant ?» Lorsque la femme devient malade pendant les derniers mois, les auteurs les plus recommandables s'accordent pour reconnaître que le fœtus échappe souvent à la contagion.

Le père et la mère sont syphilitiques.—Nous avons admis l'influence isolée du père et de la mère, il est donc inutile d'insister ici sur celle que les deux géniteurs simultanément malades pourront avoir. Il est de toute évidence que dans ce cas, le fœtus aura fort peu de chances d'échapper à la contagion.

La syphilis peut-elle être transmise par hérédité à ses différentes périodes ? Est-il nécessaire que les malades aient des accidents pour engendrer des enfants vérolés ?

(1) Loc. cit.
(2) Thèse ; Paris, 1851.

A la première question, nous répondons sans hésiter, par l'affirmative, oui la vérole peut se transmettre à toutes ses périodes. Seulement l'infection est d'autant plus à craindre que le géniteur est arrivé à une période moins avancée de la maladie.

M. Bazin (1) refuse à la syphilis tertiaire tout pouvoir transmissible, et il y a à cela une bonne raison, dit-il, c'est que la syphilis parvenue à cette période entraîne la stérilité. Il est fâcheux que l'auteur se soit contenté d'une simple affirmation dans une question aussi grave.

M. Ricord (2) a avancé que les accidents tertiaires ne se transmettaient par hérédité qu'en déterminant dans l'organisation et le tempérament des enfants des altérations sans caractères spécifiques, et qu'on pouvait le plus souvent rapporter à la scrofule ; mais, comme le fait remarquer M. Bazin (3), les maladies constitutionnelles peuvent bien coexister, mais elles ne se substituent jamais l'une à l'autre.

L'époque à laquelle est arrivée la maladie du géniteur ne paraît avoir aucun rapport avec les accidents qui se montreront chez l'enfant, c'est du moins ce qui ressort de la lecture du mémoire de M. Cullerier (4). D'après M. Bassereau (5) au contraire, «les nouveau-

(1) Leçons sur les syphilides, 1859, p. 35.

(2) Traité pratique des maladies vénériennes, p. 644. Paris, 1838. — Avant lui, Astruc et Doublet avaient déjà émis cette opinion (Legendre, Nouvelles recherches sur les syphilides, 1841).

(3) Loc. cit., p. 34.

(4) De l'Hérédité de la syphilis (*Mémoires de la Société de chir.*)

(5) Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis, 1852, p. 540.

nés atteints de syphilis héréditaire offrent toujours des accidents de même ordre que ceux dont leurs parents étaient atteints, au moment où ils ont été engendrés, et par conséquent ils sont exempts de tous les symptômes par lesquels leurs parents ne peuvent passer de nouveau. »

Il n'est nullement nécessaire que les parents aient des lésions au moment de la conception pour donner le jour à des enfants vérolés. Les livres pullulent de faits dans lesquels les géniteurs, depuis longtemps, ne présentaient plus d'accident lorsqu'ils ont engendré un enfant malade, et, comme il est impossible de dire à quel moment la vérole est guérie, on ne peut établir à quelle époque le père ou la mère peuvent cohabiter sans danger pour leur produit. En général cependant, la diathèse aura plus de chances de se transmettre si elle se manifeste par des symptômes, que si, au contraire, elle est à l'état latent.

Si nous résumons en quelques lignes cette longue question de l'étiologie de la syphilis héréditaire nous verrons que dans l'état actuel de la science on peut établir les règles suivantes :

1° L'hérédité, pas plus dans la syphilis que dans les autres maladies constitutionnelles, n'est fatale, même en supposant le père et la mère infectés.

2° Lorsque les deux géniteurs sont diathésés, le fœtus a fort peu de chances d'échapper à la contagion.

3° Si l'un des deux parents (1) seulement est syphili-

(1) M. Bazin (loc. cit., p. 34) prétend que c'est en général l'enfant

tique, les chances de non-infection augmentent pour le produit, et elles sont plus grandes si c'est le père qui est malade. M. Cazenave (1) seul a soutenu l'opinion contraire.

4° Tous les auteurs reconnaissent que la mère vérolée engendre presque toujours un rejeton infecté; si elle a été contaminée pendant les deux derniers mois de la gestation, le fœtus échappera probablement à l'empoisonnement.

5° Il n'est pas nécessaire que les parents portent des accidents au moment de la conception pour engendrer des enfants malades.

6° La syphilis se transmet à toutes ses périodes.

7° La syphilis chez les parents *et surtout* chez la mère est une cause fréquente d'avortement.

II. ÉTIOLOGIE DE LA SYPHILIS INFANTILE ACQUISE. — L'enfant, outre les modes de contagion auxquels est exposé l'adulte, en présente encore quelques-uns qui ui sont propres; nous allons les étudier.

a. *Infection au passage.* — Bertin admettait ce mode d'infection et le regardait même comme fréquent. Aujourd'hui, on s'accorde pour le ranger au nombre des plus rares. Il suffit en effet de se rappeler le peu de temps que le fœtus reste en contact avec les parties externes de la femme pour comprendre cette rareté.

du même sexe qui est préservé. Ainsi, le père étant atteint de la vérole, l'enfant échapperait plutôt à la contagion, s'il est du sexe masculin (?...)

(1) Traité des syphilides, p 134.

Et puis l'enduit sébacé qui protége son enveloppe cutanée, les eaux de l'amnios, comme l'avait déjà remarqué Baudelocque, qui lubréfient le conduit utéro-vaginal et favorisent l'expulsion rapide de l'œuf, forment encore autant d'obstacles à la contagion.

Il faudrait, pour que l'infection eût lieu, une réunion de circonstances qui se rencontrent rarement : des accidents contagieux aux parties génitales chez la mère, au moment de l'accouchement ; un arrêt plus ou moins long de l'enfant au détroit inférieur, etc.

Mais, dit-on, l'accoucheur, la sage-femme, s'inoculent bien le virus? Sans doute, mais que de différences dans ces cas ; ordinairement il y a une plaie à la main et le contact est prolongé.

b. *Infection par le lait.* — Il est infiniment probable que le lait d'une femme syphilitique n'est pas favorable à l'enfant, et que ce n'est pas impunément qu'il tette pendant plusieurs mois le sein d'une nourrice malade. Comme les conditions multiples nécessaires à l'étude de ce mode d'infection ne se rencontrent qu'exceptionnellement, on n'a encore aucune donnée certaine sur ce fait intéressant.

Les observations rapportées par Bertin, en faveur de cette espèce d'infection, manquent des détails nécessaires pour entraîner la conviction; et celles relatées par MM. Cullerier, Vénot et par Dugès, pour prouver l'innocuité de ce mode d'allaitement, n'ont guère plus de valeur. Dans toutes, en effet, on avait affaire soit à des enfants allaités par leur mère syphilitique, soit

à des enfants dont les nourrices étaient soumises au traitement général, et chez lesquelles, par conséquent, le lait portait en même temps et le poison et son antidote.

c. *Infection par la vaccination.* — Jusque dans ces derniers temps, les hommes les plus compétents niaient cette contagion, qui semble avoir été établie d'une manière irréfutable par M. Viennois (1). Il résulte en effet des travaux de ce médecin distingué, que le vaccin pris sur un enfant syphilitique peut donner la vérole.

Est-il nécessaire, comme le dit cet auteur, que la lancette prenne en même temps du sang, et suffirait-il d'éviter le saignement de la pustule, de ne recueillir en un mot au bout de l'instrument que du liquide vaccinal pour se mettre sûrement à l'abri de la contagion? Ces questions sont encore trop récentes pour que l'on puisse se prononcer; elles demandent de nouvelles expériences.

La contagion du sang, avons-nous dit dans l'Introduction, a aujourd'hui pour elle des faits tellement probants qu'on ne peut la rejeter; les expériences de Waller (2), celles plus récentes de MM. Gibert et Pellizzari, ne permettent pas le doute; mais, d'un autre côté, il est certain que le sang d'un syphilitique n'est contagieux que dans certaines conditions qui n'ont pas été déterminées jusqu'à ce jour, et ce serait peut-être devancer les faits que d'admettre, avec M. Viennois, la

(1) Loc. cit. (*Archives générales de médecine*, 1860)
(2) Voir l'Introduction, p. 61 et suiv.

nécessité du mélange du sang avec le virus-vaccin pour inoculer la vérole; il nous semble difficile d'établir cet isolement des virus syphilitique et vaccinal dans la masse des liquides organiques, comme le veut la théorie du médecin lyonnais.

d. *Infection par des causes accidentelles.* — Le dogme de la contagion des accidents secondaires est aujourd'hui assis sur des bases inébranlables, et reconnu même par ses plus ardents adversaires; aussi la question de la syphilis infantile est-elle grandement simplifiée. On n'a plus besoin d'avoir recours, comme le faisaient les auteurs, à des hypothèses plus spécieuses que solides pour expliquer les faits nombreux de contagion de nourrisson à nourrice et *vice versa*. Il n'est plus nécessaire de dire avec M. Diday : « Que les lésions de la syphilis congénitale ont sur celles de la syphilis ordinaire une puissance de contagiosité infiniment supérieure, propriété qu'elles transmettraient à ceux qui seraient infectés par elles. »

A notre époque, toute restriction devient une faute, et on n'oserait plus, comme on l'a tant de fois fait naguère, sur la foi d'une doctrine erronée, renvoyer déboutées de leurs plaintes de malheureuses femmes infectées par leurs nourrissons, sous prétexte que ceux-ci ne sont porteurs d'aucun accident primitif.

On comprend sans peine combien cette question est grave, et combien sa solution intéresse l'hygiène publique et la jurisprudence médicale.

Symptomatologie. — Les symptômes de la syphilis

congénitale doivent être divisés en deux classes : 1° ceux qui lui sont communs avec la syphilis ordinaire ; 2° ceux qui lui appartiennent d'une façon plus spéciale.

Parmi les premiers, se trouvent toutes les lésions de la syphilis chez l'adulte, une seule exceptée, le *chancre*, qu'on ne rencontre jamais dans l'infection héréditaire, pour une raison facile à comprendre. Les seconds comprennent le *pemphygus* dit syphilitique, le *coryza*, et les *lésions viscérales*.

La syphilis acquise a exactement la même symptomatologie que la syphilis ordinaire; nous n'aurons donc pas à nous en occuper ici.

Avant de donner la description des divers symptômes de la syphilis congéniale, nous allons tracer le tableau de l'aspect général de l'enfant infecté.

Habitude extérieure des enfants infectés. — L'enfant peut naître avec les apparences de la santé la plus florissante, et ne présenter que plus tard, souvent au moment seulement où les accidents se montrent, cet aspect caractéristique qui a fait dire à Doublet qu'il offrait la *miniature de la décrépitude.*

Dans beaucoup de cas cependant, l'enfant a dès la naissance un aspect général caractéristique. «Jam fatalem typum insculpsit senectus maxime præcox, » dit Faguer.

Cet aspect de *petit vieillard* doit être bien connu, car il suffit pour faire soupçonner l'infection, alors qu'aucun symptôme pathognomonique n'existe encore; il ne

faut pas oublier que cet aspect se rencontre dans la plupart des cachexies infantiles.

Mais, comme le dit M. Trousseau (1), « dans plus d'un cas, le médecin, instruit par une longue expérience, diagnostiquera presque à coup sûr la syphilis à la seule vue du visage de l'enfant; il présente en effet une coloration qui ne peut être que grossièrement définie. Le visage est d'un ton bistré spécial; il semble qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie délayée dans une ample quantité d'eau. Ce n'est ni de la pâleur, ni de l'ictère, ni le jaune-paille des autres cachexies ; cette teinte beaucoup moins foncée, mais presque du même ton que le masque des accouchées, ne s'étend pas ou s'étend à peine au reste du corps. On ne la retrouve dans aucune autre maladie de l'enfance, et, quand elle est bien marquée, elle vaut les meilleurs symptômes. »

A cette coloration s'ajoutent d'autres signes : les cheveux sont rares, les sourcils et les cils sont tombés, les ongles peu développés.

Pour peu que la maladie existe depuis quelque temps, les traits se rident, les yeux sont profondément excavés, les tissus blafards, les saillies osseuses proéminent fortement. L'amaigrissement, d'abord limité à la face, envahit le reste du corps, et l'enfant semble un petit squelette vivant, ou bien, au contraire, il présente la bouffissure, l'œdématie signalée par Bertin.

Si un traitement énergique n'enraye pas la maladie,

(1) Clinique médicale, t. II, p. 663.

les vomissements, la diarrhée, viennent s'ajouter aux autres symptômes, et le petit malade ne tarde pas à succomber.

I. Symptômes communs a la syphilis congénitale et a la syphilis chez l'adulte. — 1° Le *bubon* est rare, tellement rare, qu'il n'en existe pas d'observation bien authentique. Cette rareté est une conséquence toute naturelle de l'absence du chancre dans la syphilis congénitale.

2° *Lésions de la peau et des muqueuses.* — Les affections cutanées peuvent revêtir les différents aspects que nous avons décrits chez l'adulte. La roséole, les papules, ne sont pas très-communes; les pustules, au contraire, se voient souvent, soit sous forme d'impétigo, soit sous forme d'ecthyma; les vésicules, les squammes et les tubercules, ne se rencontrent que dans des cas exceptionnels.

De toutes les affections cutanées ou muqueuses que l'on observe dans la syphilis congénitale, la plus fréquente, sans contredit, est la plaque muqueuse; on peut même la regarder comme le signe pathognomonique de la syphilis héréditaire, tant son existence est constante, tant ses caractères, qui ne diffèrent pas de ceux qu'elle présente chez l'adulte, sont spéciaux. On la trouve surtout autour des orifices naturels, dans la cavité buccale; quelquefois elle forme sur la peau, qu'elle recouvre dans presque toute son étendue, comme un tégument surajouté.

A ces lésions, quel que soit leur siége, succèdent, au

bout d'un temps variable, des *ulcérations* qui marquent la seconde phase de la maladie. A peine signalées par les auteurs, ces ulcérations méritent une mention spéciale; elles représentent un des accidents les plus ordinaires de la syphilis congénitale; elles remplacent constamment, après une durée qui ne peut être précisée, les lésions primordiales non ou mal soignées.

Plus ou moins profondes, à bords irréguliers, à fond grisâtre et sanieux, douloureuses, elles arrachent des cris à l'enfant au moindre attouchement.

Elles se développent surtout autour des orifices anal et buccal, aux environs du nombril et des organes génitaux; elles s'étendent assez loin quelquefois, et donnent naissance, en se réunissant entre elles, à de vastes plaies, dont la guérison est toujours très-difficile à obtenir.

3° *Lésions du périoste et des os.* — Ces sortes de lésions sont rares dans la syphilis héréditaire. C'est à peine si on rencontre, épars dans les auteurs, quelques faits, dont la valeur est souvent discutable.

Bertin (1) rapporte une observation de périostose; M. Laborie (2), un cas de carie du tibia; M. Cruveilhier (3), de carie des orbites; Doublet et Mahon parlent de suppuration des os du crâne; M. Charrier (4) relate un fait semblable; M. Bouchut (5) range

(1) Loc. cit., p. 69.
(2) Séance de l'Académie de Médecine, 1er juillet 1861.
(3) Anatomie pathologique, obs. 15.
(4) Société de chirurgie, 1854.
(5) Maladies des nouveau-nés, 4e édit., p. 992.

au nombre des lésions de la syphilis infantile une altération spéciale des os, et en particulier des os longs, dans laquelle leur portion moyenne serait devenue d'une dureté insolite à la suite d'un excès de sécrétion plastique.

II. Affections plus spéciales a la syphilis héréditaire. — a. *Pemphigus.* — Avant de faire l'histoire de cette affection, établissons d'abord d'une façon nette et précise ce que l'on doit entendre par pemphigus, car les auteurs qui se sont occupés du pemphigus des nouveau-nés, semblent avoir souvent oublié les caractères de cette maladie.

Le mot pemphigus vient de πέμφιξ ou πέμφις, *bulla*, bulle. Il sert à caractériser une éruption formée par des bulles, remplies de sérosité, qui se développent rapidement sur des taches érythémateuses de la peau, et acquièrent un volume variable depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ou même d'un œuf. Ces tumeurs séreuses, tout à fait analogues à celles produites sur la peau par l'application des cantharides, se rompent ordinairement de bonne heure et se sèchent, ou bien laissent à découvert une ulcération, le plus souvent superficielle, dont la guérison se fait attendre pendant un certain temps; dans quelques cas exceptionnels, le liquide des bulles devient séro-purulent ou même purulent. Or on peut observer une éruption en tous points semblable chez l'enfant, soit au moment de la naissance, soit quelques jours plus tard.

M. Galligo (1) a publié un cas dans lequel l'éruption n'a eu lieu qu'un mois après la naissance.

L'affection se montre d'abord à la plante des pieds et à la paume des mains. Elle peut y rester limitée, ou au contraire, s'étendre au reste du corps. Elle s'accompagne de symptômes généraux graves qui marchent avec rapidité; l'enfant s'affaiblit, il refuse le sein, dépérit, et ne tarde pas à s'éteindre dans le marasme le plus profond.

Dans les cas rares où l'on peut se rendre maître de la maladie, il reste souvent un état de faiblesse extrême, dont il est impossible de tirer l'enfant, comme dans les cas rapportés par MM. Depaul (2) et Diday (3).

L'éruption que nous venons de décrire ne diffère, comme on le voit, du pompholix vulgaire par aucun de ses caractères; cependant certains auteurs ont voulu en faire une affection pathognomonique de la syphilis héréditaire.

Pour M. Bouchut (4), qui est seul de son avis, rien de plus facile que de reconnaître le pemphigus syphilitique! et en effet, si toutes les assertions de cet auteur étaient vérifiées, jamais la moindre hésitation ne serait permise; seulement les signes de diagnostic différentiel qu'il donne n'existent guère en pratique. Dire, comme il le fait, « que jusqu'ici le pemphigus congénital n'a été rencontré que chez des enfants issus de mères syphili-

(1) *Gazetta medica toscana*, 1852, p. 128.
(2) Gazette médicale de Paris, 1851, p. 472.
(3) Loc. cit., p. 114.
(4) Maladies des nouveau-nés, 4e édit., p. 1002.

tiques, » c'est affirmer un fait démenti par la plus simple observation.

Les ulcérations qui succèdent quelquefois aux bulles, et que M. Dubois a données comme un caractère spécial du pemphigus congénital, ne lui appartiennent pas en propre. On peut les rencontrer avec la forme vulgaire.

Nous rejetons complétement, comme on l'a vu, le pemphigus syphilitique chez l'adulte. Nous serons tout aussi explicites pour le pemphigus congénital, nous lui dénions tout caractère particulier : 1° parce qu'on le rencontre chez des enfants issus de parents chez lesquels on ne retrouve aucune trace de syphilis; 2° parce qu'il n'a aucun des signes ordinaires des éruptions qui caractérisent cette diathèse ; 3° parce que n'existant pas chez l'adulte, il n'y a pas de raison pour l'admettre chez le nouveau-né; 4° parce que, à notre avis, il ne suffit pas qu'une affection coïncide avec des lésions évidemment spécifiques pour être elle-même spécifique, ou qu'elle soit même guérie quelquefois par le mercure pour être réputée syphilitique.

Nous avons pour nous, du reste, l'autorité des hommes les plus compétents sur cette matière; ainsi, Lobstein, Osiander, Gilibert, Krauss, J. Frank, Valleix, etc., et parmi les auteurs plus près de nous, Cazeaux, MM. Gibert, Bazin, Hardy, Cullerier, etc., rejettent complétement la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés.

Cependant, hâtons-nous de le dire, des noms non moins recommandables se rencontrent parmi les par-

tisans de la spécificité du pompholix *neo-natorum*, il nous suffira de citer Wichmann, Jœrg, Dugès, MM. Cazenave, Danyau, Cruveilhier, Huguier, Lebert, Stoltz, P. Dubois, Depaul, etc., qui l'admettent sans aucune restriction. D'autres, comme MM. Ricord et Diday, y voient seulement un résultat de la cachexie, déterminée chez le fœtus par la syphilis de la mère; ce moyen terme admis par des hommes éminents a, comme le fait remarquer M. Trousseau, un grave inconvénient, en ce qu'il conduit implicitement à donner raison aux auteurs qui voient dans les maladies cachectiques du premier âge des dérivations, des métamorphoses de la syphilis des ascendants, tendance qui mène à des généralisations aventureuses, où l'imagination se substitue à l'observation.....

Une discussion très-vive eut lieu à l'Académie de médecine en 1851, entre MM. P. Dubois et Cazeaux, sur la nature du pemphigus des nouveau-nés, mais elle laissa la question, après les brillantes argumentations des deux académiciens, aussi indécise qu'elle l'était auparavant.

M. Gubler (1) est tenté d'admettre deux espèces de pemphigus, l'un simple, l'autre spécifique. La question, aujourd'hui encore, est loin d'être tranchée, comme l'avance ce médecin, et nous sommes obligés d'avouer notre ignorance dans beaucoup de cas.

Le pemphigus, chez l'adulte, se présente sous deux formes distinctes, la variété bénigne et la variété ma-

(1) Thèse Vidal, p. 14.

ligne (*pompholix benignus*, *pompholix diutinus*). De ces deux espèces, la première guérit ordinairement avec facilité; la seconde, au contraire, est constamment mortelle; elle se montre chez les personnes d'une constitution affaiblie ou cachectique, survient à la suite de l'intempérance ou d'une mauvaise hygiène; après des veilles prolongées, des émotions morales, etc.

Chez les nouveau-nés, on peut observer les deux variétés; la seconde est de beaucoup la plus fréquente, elle emporte constamment les petits malades. La première guérit presque toujours, en dépit même des traitements les plus intempestifs; ainsi s'expliquent les rares succès obtenus par les auteurs, par MM. Depaul, Galligo, Diday; mais, arguer de la guérison par le traitement mercuriel pour conclure à la nature spécifique de la maladie dans ces cas, c'est mal interpréter les faits, la seule chose à dire, c'est que les malades ont guéri malgré le traitement irrationnel mis en usage.

Le pemphigus simple guérit seul; le pemphigus malin ne guérit pas; qu'on ait affaire à la forme aiguë ou à la forme chronique, jamais on ne devra avoir recours au traitement mercuriel qui ne ferait qu'aggraver la maladie.

On nous permettra de terminer ce long chapitre par une observation récente qui pourra peut-être jeter quelque jour sur la question. Il y a deux ans environ, une de nos célébrités médicales rapportait des contrées boréales une syphilis des plus graves. D'un âge déjà avancé, le malade s'affaiblit rapidement. A son arrivée à Paris, il confie sa santé à l'un de nos

spécialistes les plus renommés; celui-ci soumet immédiatement le malheureux patient au traitement mercuriel. Au bout de quelques jours, apparaissent des bulles de pemphigus; l'avertissement passe inaperçu du praticien, qui continue à gorger son malade de mercure. L'affection fait des progrès effrayants. Un médecin de Saint-Louis est appelé en consultation, il fait immédiatement supprimer le traitement spécifique, et met le malade aux toniques, mais il était trop tard, et, quelques jours après, le malade avait cessé de vivre. Dira-t-on dans ce cas que le pemphigus était syphilitique?

b. *Coryza.* — Le coryza syphilitique est l'une des lésions les plus graves de la syphilis infantile; et, malheureusement, c'est aussi l'une des plus communes.

Au début, un simple écoulement séreux la caractérise, mais bientôt le liquide s'épaissit, devient purulent, se concrète, et l'enchifrènement commence. Les efforts nécessaires à l'enfant, pour faire passer l'air à travers les fosses nasales, amènent souvent la rupture de quelques petits vaisseaux, et du sang se mêle à l'écoulement; dans quelques cas le sang coule avec assez d'abondance pour prendre les caracractères d'une hémorrhagie inquiétante, comme MM. Trousseau et Lasègue en ont cité des exemples. Les croûtes, enlevées, se reforment avec une rapidité étonnante; la pituitaire détruite laisse les os à nu; ceux-ci s'altèrent à leur tour, la carie se montre, la nécrose la suit de près; des débris d'os viennent se

mêler à l'écoulement nasal. En même temps, le nez s'aplatit, s'écrase ; la partie supérieure, déjà saillante chez l'enfant, s'étale en donnant au visage un aspect caractéristique.

Un fait remarquable sur lequel MM. Trousseau et Lasègue ont appelé l'attention, c'est la tendance qu'a cette affection à gagner les parties profondes. Elle s'étend vers le pharynx et le larynx ; la voix s'altère, la respiration s'embarrasse, et la mort vient bientôt terminer les souffrances du petit malade.

Diverses interprétations ont été données pour expliquer la nature de ces lésions. Bertin y voyait une blennorrhagie ; M. Cazenave en fait un simple coryza ; d'autres admettent une rhénite avec écoulement très-âcre. Mais tous ces auteurs ont mal observé ce point particulier de la syphilis infantile. L'inspection attentive des fosses nasales permet d'établir que la lésion primitive est la plaque muqueuse le plus souvent et rarement une autre altération de la membrane de Schneider. A ces lésions succèdent des ulcérations ; la pituitaire est bientôt détruite, les os se nécrosent, sont expulsés, et, si la mort ou un traitement énergique ne viennent mettre un terme aux ravages de la maladie, l'enfant conserve toute la vie cette déformation spéciale que nous avons décrite, qui est le cachet indélébile de l'héritage de ses parents. Les lésions que nous venons de signaler, outre la gravité inhérente à la diathèse, présentent encore des dangers qui tiennent essentiellement au siége qu'elles occupent.

On sait que l'enfant, pendant qu'il tette, respire par

le nez ; or, par suite de l'obstruction des fosses nasales, il ne peut plus accomplir cette fonction qu'imparfaitement. Il tette avec peine, il prend le sein et est obligé de le quitter à chaque instant pour respirer. Il est triste, inquiet ; sa nutrition est incomplète, et, épuisé déjà par la diathèse, il dépérit rapidement.

Le coryza spécifique sera facilement distingué d'une inflammation catarrhale à sa marche rapide, à ses symptômes menaçants, à sa tendance à gagner les parties profondes. Le plus souvent il est accompagné d'autres lésions syphilitiques.

c. *Lésions viscérales.* — Les altérations anatomiques des viscères n'ont été bien étudiées que dans ces dernières années. C'est surtout à propos de la syphilis infantile que des recherches ont été faites dans ce sens, et, bien que la nature spécifique ne soit pas toujours évidente, cependant certaines d'entre elles réunissent tant de probabilité qu'on doit, jusqu'à preuve du contraire, les compter au nombre des lésions de la vérole chez les enfants.

1° *Lésions des poumons.* — Dès 1837 M. Depaul (1) attirait l'attention sur une lésion pulmonaire qu'on rencontre chez le fœtus. Plus tard, le même auteur décrivit la même altération dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 29 avril 1851 ; il s'exprime en ces termes :

«La lésion spéciale des poumons dont j'ai donné la

(1) Bulletins de la Société anatomique.

description ne doit pas être rare, si j'en juge par l'expérience qui m'est personnelle. Je suis disposé à penser que les cas de tubercules des nouveau-nés, cités par Billard, Baron et Husson, doivent être rattachés à l'affection syphilitique du poumon qui s'est présentée à moi tantôt sous la forme de simples indurations constituées par du pus infiltré, tantôt sous la forme de véritables collections purulentes, à parois plus ou moins épaisses, renfermant dans leurs mailles un liquide de même nature.»

M. Depaul a aussi rencontré des indurations grisâtres qu'il regarde comme le premier degré de la maladie.

Tantôt la lésion est disséminée et limitée à des points circonscrits, tantôt elle est plus ou moins généralisée. Le tissu pulmonaire malade est imperméable à l'air.

M. Ricord regarde cette altération comme l'analogue des gommes chez l'adulte.

M. Lebert, qui a soumis à l'examen microscopique les poumons de ces nouveau-nés, y a trouvé «des éléments en tous points semblables aux cellules que l'on rencontre dans les gommes syphilitiques.»

Virchow (1), sans se prononcer d'une façon formelle, est disposé à admettre la nature syphilitique de beaucoup de lésions pulmonaires attribuées jusqu'à ce jour à la véritable tuberculisation.

Dans beaucoup de cas ces altérations coïncidaient avec d'autres symptômes manifestement syphilitiques, mais d'autres fois de nature douteuse.

(1) Syphilis constitutionnelle, trad. Picard.

2° *Lésions du thymus.* — M. Dubois, étonné de voir un grand nombre d'enfants, nés de parents vérolés, mourir quelques jours après la naissance, sans avoir présenté aucun symptôme qui pût suffisamment expliquer cette terminaison fatale, eut l'idée de soumettre les viscères à des investigations minutieuses. Il lui arriva alors de constater dans plusieurs cas une lésion particulière du thymus qui n'avait pas encore été décrite. Il publia le résultat de ses recherches dans la *Gazette médicale* (1). Ses observations furent corroborées par celles de MM. Braun, Spath et Wedell, etc.

On trouve une suppuration plus ou moins étendue du thymus. Le pus est infiltré ou réuni en foyers. Les enfants succombent ordinairement pendant les premiers jours qui suivent la naissance. Le diagnostic n'a pu être fait jusqu'à ce jour qu'au moment de l'autopsie.

3° *Lésions du foie.* — De toutes les lésions viscérales de la syphilis, celles du foie sont sans contredit les mieux connues et les plus caractéristiques.

Parmi elles, il en est une qui semble appartenir plus spécialement à la syphilis, puisque jamais on ne l'a rencontrée dans aucune autre maladie générale.

M. Gubler, dans un mémoire lu à la Société de biologie en 1852, signala cette altération, dont il donne une description excellente.

Depuis, des observations ont été publiées par MM. Trousseau, Cullerier, Horteloup, Depaul, Le-

(1) Gazette médicale de Paris, 1850.

bert, Desruelles, Bamberger, Thiry, etc., observations qui n'ont fait que confirmer ce qui avait été avancé par M. Gubler dans son remarquable mémoire.

Une induration fibro-plastique du foie caractérise cette affection. Elle peut être générale ou partielle. Dans le premier cas, toute la glande est augmentée de volume; on n'y distingue plus les deux substances. Sa couleur ressemble à celle de la pierre à fusil. Son tissu est dur, élastique, demi-transparent; incisé, il crie sous le scalpel. Sur le fond jaunâtre on distingue une multitude de petits points blancs semblables à des grains de semoule. Il est beaucoup plus commun d'observer la seconde forme, c'est-à-dire l'altération partielle de l'organe. Alors, on trouve un ou plusieurs noyaux d'une étendue variable, dont la couleur jaunâtre tranche sur la nuance brune du reste de l'organe. Chacun de ces noyaux présente les caractères que nous avons donnés plus haut.

Si l'on soumet à l'examen microscopique une lamelle du tissu altéré, on y aperçoit une grande quantité d'éléments fibro-plastiques à tous les degrés d'évolution, au milieu desquels sont comme perdues les cellules d'enchyme, altérées dans leur forme, leur nombre et leur structure. C'est là l'élément principal de la lésion; mais le tissu fibro-plastique doit exister en quantité notable pour que sa présence soit de quelque valeur. Cette lésion doit-elle être rangée au nombre des accidents tertiaires, comme le veulent MM. Gubler, N. Guillot, Tourdes, L. Quélet et Virchow, ou

bien faut-il en faire, avec M. Diday (1), une infiltration plastisque « absolument analogue chez le fœtus de l'induration du chancre chez l'adulte ? » Cette affection est difficile à diagnostiquer pendant la vie. Cependant, lorsqu'il existe d'autres symptômes, ou bien seulement lorsqu'on soupçonne la vérole chez un enfant, on doit toujours avoir l'attention éveillée. Au moindre signe du côté du foie, on l'examine avec soin, et on peut quelquefois reconnaître une certaine augmentation de volume de l'organe, accompagnée d'une dureté très-grande.

A ces symptômes locaux s'en joignent bientôt de généraux : l'enfant est agité, pleure constamment ; il survient des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation ; la fièvre se montre, la face s'altère, et l'enfant succombe peu de jours après le début des accidents.

Un fait assez remarquable est l'absence constante d'ictère, même dans les cas où l'altération occupe la plus grande partie de l'organe. On n'observe pas non plus d'épanchement abdominal.

4° *Péritonite.* — M. Simpson (2) a publié un mémoire reposant sur 31 observations, mémoire dont il tire la conclusion que beaucoup de fœtus qui meurent dans les derniers mois de la grossesse périssent par le fait de l'inflammation du péritoine, et que dans plusieurs de ces cas la péritonite est due à la vérole. Ses obser-

(1) Loc. cit., p. 155.
(2) *Obstetric memoirs*, t. II. Edinburgh, 1856.

vations sont loin d'être concluantes, et le plus souvent il existait d'autres lésions bien suffisantes pour expliquer la mort, sans qu'il fût nécessaire de recourir à l'hypothèse d'une péritonite spécifique. On peut appliquer les mêmes réflexions aux observations de pleurésies syphilitiques qui ont été rapportées par divers auteurs.

ÉPOQUE D'APPARITION DES SYMPTÔMES. — Le fœtus dont les parents sont infectés meurt souvent dans le sein de la mère et en est expulsé prématurément.

Lorsque l'enfant vient à terme, il peut présenter des symptômes dès sa naissance. Les observations sur lesquelles repose ce fait sont aujourd'hui assez nombreuses et assez authentiques pour ne plus permettre le doute. Rondelet, dans son traité *de Morbo gallico*, dit déjà : « Ego vidi puerum nasci totum coopertum pustu« lis morbi gallici. »

Gilbert (1), Guérard (2), M. Landmann (3), sir Ast. Cooper (4), MM. Deville (5), Huguier, Cullerier, de Méric (6), etc., en ont cité des exemples irrécusables.

Mais c'est l'exception, et on doit considérer comme la règle de ne voir les accidents se déclarer qu'un certain temps après la naissance.

Ordinairement, c'est du quinzième jour à la sixième

(1) Cité par Bertin, p. 38.

(2) Journal de Siebold.

(3) Annales médicales de la Flandre occidentale, mars 1852, p. 410.

(4) *The Lancet,* 1825, t. IV.

(5) Cité par M. Bouchut.

(6) *Lettsomian lectures* (*The Lancet,* 1852).

semaine après que l'enfant a vu le jour, que se montrent les accidents. Il est rare de les voir se déclarer après le troisième mois. Cependant on rencontre quelques cas dans lesquels ils ne sont apparus qu'au bout de six mois, un an, deux et même plus. L'authenticité de ces faits ne saurait être récusée, car ils ont été observés par les hommes les plus compétents.

La syphilis héréditaire peut-elle éclater cinq, dix, quinze, vingt, quarante ans après la naissance, comme on en a rapporté des exemples? Cette opinion a pour elle l'appui de noms recommandables; mais les difficultés du problème sont telles, qu'il faudra encore longtemps avant de pouvoir lui donner une solution franchement inattaquable.

Nous nous contenterons de donner la liste des principaux auteurs qui ont cité des faits de ce genre; nous les emprunterons à l'excellent livre de M. Diday.

Nicolas Massa a relaté trois cas où la vérole s'est développée chez des enfants de 3 à 6 ans. Balling (1) donne l'observation d'un enfant déjà âgé atteint d'un ulcère syphilitique au gosier. Albers (2) a été témoin d'un fait analogue. Bell enseigne que la syphilis héréditaire peut demeurer latente jusqu'à la puberté, ou même jusqu'au mariage ou à un accouchement, circonstances qui provoqueraient l'apparition de la maladie! Friedlaender, Gilbert, rapportent des cas d'éruption très-tardive; M. Trousseau, l'histoire d'une jeune

(1) *Ueber augsboren undererbte Syphilis*, I. C., p. 129.
(2) *Ueber erkuntifs and kur der Syphilis.*

fille qui eut des accidents à 19 ans seulement. Enfin MM. Cazenave et Ricord ont observé la vérole héréditaire, le premier, à l'âge de 9 ans, et le second, à 11, 30, 40 ans.

La plupart de ces faits manquent de détails. On conçoit, en effet, combien il est difficile dans ces cas de pouvoir réunir toutes les conditions nécessaires à une observation complète.

Comment s'assurer : 1° que les parents étaient syphilitiques ? 2° que l'enfant n'a pas contracté une syphilis accidentelle? 3° que les accidents sont bien spécifiques? toutes conditions que réclamerait une bonne observation. C'est un point délicat de la syphilis qui appelle de nouvelles recherches ; dans l'état actuel de la science, la solution de cette question doit rester indécise.

Marche de la maladie. — On a admis longtemps que l'enfant prédestiné présentait toujours, en venant au monde, un aspect particulier, l'extérieur d'un petit vieillard ; mais c'est une erreur grossière. Fréquemment, au moment de la naissance, il est fort et bien portant, et, loin de présenter les symptômes d'un état cachectique que beaucoup de médecins regardent encore comme constant dans le cas d'infection héréditaire, il est, au contraire, frais et rose comme l'enfant le plus sain.

Ce n'est souvent que quelques jours, quelques semaines après sa naissance, qu'il commence à offrir des symptômes généraux dont l'apparition coïncide ordinairement avec celle des signes extérieurs cutanés

ou muqueux, ou les suit de près. On le voit alors pâlir; ils'affaiblit, maigrit rapidement; la peau, et en particulier celle de la face, présente la teinte bistrée sur laquelle nous avons tant insisté; celle des mains est luisante et blanche, exactement comme les mains des blanchisseuses qui font usage de la solution de potasse (Trousseau et Lasègue); l'épiderme se fendille au niveau des plis naturels. La même lésion s'observe aux pieds. En même temps se montrent les accidents divers décrits plus haut : syphilides, coryza, etc., et si un traitement énergique ne vient enrayer la marche de la maladie, le nouveau-né, qu'on voit maigrir à vue d'œil, tette moins bien; le sommeil est agité, la digestion incomplète; une diarrhée rebelle s'ajoute aux autres symptômes; la respiration elle-même s'embarrasse, et il ne tarde pas à succomber.

Diagnostic. — A propos de chaque symptôme, nous avons déjà donné les signes différentiels qui servent à les distinguer des lésions non spécifiques, nous n'aurons ici que quelques mots à ajouter pour compléter le diagnostic. Il est souvent fort difficile de reconnaître la syphilis héréditaire, et il faut bien se garder de voir partout de la vérole, comme beaucoup de médecins ont de la tendance à le faire. Une éruption se montre-t-elle chez un enfant, et surtout chez un nouveau-né, pour peu que les parents présentent dans leurs antécédents une maladie vénérienne plus ou moins hypothétique, et même en l'absence de tout renseignement, on prononce le nom de vérole.

On conçoit toute la gravité de ces assertions erronées, non-seulement au point de vue de la thérapeutique, mais encore pour les intérêts et le repos des familles. Le praticien doit avoir constamment présente à l'esprit cette grande vérité : *Les éruptions cutanées sont très-fréquentes chez l'enfant, et la vérole y est relativement très-rare.*

La syphilis infantile n'a aucun signe pathognomonique ; la plaque muqueuse elle-même, cette lésion si caractéristique, et dont la présence bien constatée suffit dans beaucoup de cas pour prononcer un jugement sans appel, la plaque muqueuse peut en imposer. Il arrive quelquefois en effet que des lésions simples, par suite des frottements, de la malpropreté, prennent l'aspect de cet accident spécifique, au point de faire hésiter le praticien le plus consommé.

Les affections qui exposent le plus à commettre des erreurs sont les lésions cutanées, et, entre toutes, celles de nature cachectique ; car, comme l'a dit avec tant de justesse M. Caillaut (1) dans son excellent livre, « les cachexies, quelles qu'elles soient, frappent surtout la peau et les muqueuses, et avec plus d'énergie et de diversité que la syphilis congénitale. »

On rencontre souvent dans ces cas des ulcérations à forme arrondie, à bords taillés à pic ; elles siégent surtout au voisinage des organes génitaux, à l'anus, aux commissures labiales, à la base du nez, à la bou-

(1) Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants. Paris, 1859.

che, etc.; le plus fréquemment elles sont accompagnées d'affections cutanées plus ou moins généralisées (lichen, impétigo, eczéma); joignez à cela que les enfants sont flétris, ridés, presque moribonds, et vous comprendrez qu'en présence de tels symptômes la syphilis soit admise par la plupart des médecins. Et cependant, dans ces cas, quelques soins de propreté, un régime tonique, suffisent pour obtenir la guérison.

Du reste, en passant en revue les affections cutanées infantiles, on pourra facilement se convaincre que toutes ou presque toutes ont été et sont tous les jours confondues avec les lésions symptomatiques de la vérole, et la raison de ces erreurs est facile à saisir, quand on songe au petit nombre de médecins qui étudient sérieusement les maladies syphilitiques et les affections de la peau, qu'on croit toujours savoir suffisamment.

Pour établir son diagnostic, on tiendra compte des données générales que nous allons résumer en quelques lignes.

La syphilis existe rarement avec des caractères extérieurs au moment de la naissance. C'est ordinairement de quinze jours à deux mois après l'accouchement que les symptômes apparaissent, exceptionnellement après trois mois, presque jamais après six mois révolus. L'enfant maigrit, devient inquiet, tette moins avidement; sa peau prend une couleur spéciale. Bientôt se montrent les symptômes caractéristiques : le coryza, les affections de la peau et des muqueuses, etc. On apprend que les géniteurs ont ou ont eu la vérole. Le diagnostic

s'établit souvent sur des circonstances qui, au premier abord, semblent insignifiantes; les signes qui accusent l'infection sont nombreux, et ici ce n'est plus comme chez l'adulte, ils ne se produisent pas dans un ordre aussi rigoureux, fréquemment des symptômes manquent; les uns, comme la plaque muqueuse, ont une signification franche; les autres, comme la plupart des lésions cutanées, laissent dans l'incertitude, et ce n'est qu'après avoir fait un examen minutieux des différentes affections que présente l'enfant qu'on pourra arriver à un diagnostic précis.

Pronostic. — Le pronostic de la syphilis héréditaire constitue un problème complexe; et en effet ce n'est pas seulement la santé d'un seul qui est en jeu dans ce cas, mais ce sont les intérêts de la famille et de la société entière.

Le fœtus vérolé peut infecter sa mère; souvent il provoque l'avortement. Après la naissance, il peut contaminer sa nourrice et les personnes qui l'approchent. Enfin on a vu que le vaccin pris sur un enfant malade pouvait empoisonner des contrées entières. Nous aurons donc successivement à examiner le pronostic au point de vue de l'enfant, de la famille et de la société, et en dernier lieu de la nourrice. A ces trois questions principales s'en rattachent quelques autres d'un ordre secondaire, nous en parlerons chemin faisant.

Aujourd'hui la plupart de ces questions, grâce aux travaux modernes, et en particulier à ceux de M. Rollet et de ses élèves, peuvent être résolues d'une façon sa-

tisfaisante. On n'aurait pas pu en dire autant il y a quelques années, où tout était encore chaos. Les données sur lesquelles on basait son opinion étaient fournies par une doctrine erronée, et on arrivait presque fatalement à des conclusions fausses.

a. *Pronostic pour l'enfant.* — Sur ce point, tout le monde s'accorde ; la syphilis est grave, très-grave pour le produit de la conception. Souvent le fœtus meurt dans le sein de la mère et est expulsé avant terme. Lorsqu'il résiste jusqu'au moment de l'accouchement normal, il a contre lui des chances de mort telles, que l'on peut regarder comme exceptionnels les cas où il ne succombe pas, soit quelques jours après la naissance, soit dans le courant du second mois. Nous supposons bien entendu que le traitement a été nul ou incomplet. Il est cependant un fait assez remarquable, déjà signalé par Bertin, c'est de voir l'action du virus s'affaiblir à mesure que la maladie marche chez les parents, même en dehors de tout traitement. Ainsi on trouve dans la science un certain nombre d'observations dans lesquelles les enfants présentaient des lésions de moins en moins graves, à mesure que les grossesses se multipliaient. Après un certain nombre de fausses couches ou d'accouchements auxquels les petits malades survivaient peu, la femme a pu mettre au monde des enfants qui étaient et sont restés sains.

A côté de ces faits, il en existe d'autres qui sont loin d'être aussi consolants. Une femme syphilitique peut enfanter un ou plusieurs enfants qui échappent au

poison, puis ensuite en concevoir d'autres qui sont infectés. En général le danger est d'autant plus grand que les parents sont plus près des accidents primitifs, et il devient moindre à mesure qu'ils se rapprochent des symptômes tertiaires. Dans cette dernière période, l'influence de la diathèse sur le produit de la conception est bien moins marquée, non comme l'avance M. Bazin (1), « que la syphilis tertiaire ne soit pas transmissible, parce qu'elle entraîne la stérilité, » mais bien parce que le virus semble perdre alors une partie de ses propriétés. On sait en effet qu'à cette période, comme l'ont prouvé les expériences de M. Diday, les accidents ne sont jamais contagieux. L'époque d'apparition des symptômes a, dans la syphilis héréditaire, une grande influence sur la gravité de la maladie; s'ils existent au moment de la naissance, la mort est presque certaine; s'ils se montrent avant ou vers le quinzième jour, les chances ne sont guère meilleures; plus tard, la nocuité diminue en raison directe du retard des manifestations.

b. *Pronostic au point de vue de la famille et de la société.* — Cette partie du pronostic est certainement très-intéressante, mais elle demanderait des développements que ne comporte pas un livre élémentaire; aussi nous contenterons-nous de signaler les questions qui s'y rattachent.

1° Le produit issu d'un vérolé peut, comme nous l'avons vu, infecter la mère.

(1) Leçons sur les syphilides, p. 35.

2° Souvent les tribunaux sont saisis de demandes en séparation, à la suite de contagion directe ou indirecte.

3° Il n'est pas rare de voir les familles désunies à la suite d'infection d'une de ces deux espèces.

4° Le nouveau-né malade est une cause d'empoisonnement pour les personnes qui l'approchent.

5° Le vaccin, ou, selon M. Viennois, le sang mélangé au vaccin, pris sur un enfant syphilitique, inocule la vérole, dans certaines circonstances, à un nombre plus ou moins considérable de personnes saines.

Cette question intéresse la société entière. La possibilité de ce mode de contagion a été surabondamment prouvée dans le remarquable travail de M. Viennois (1).

Mais le principal débat ordinairement référé à la justice est celui qui s'agite lorsqu'un enfant est confié à une nourrice, et qu'au bout d'un certain temps l'un ou l'autre, ou bien tous les deux, présentent des accidents syphilitiques ; c'est la dernière question qui nous reste à examiner.

c. *Pronostic au point de vue de l'allaitement.* — Un enfant actuellement sans accident est confié à une nourrice ; quelque temps après, tous deux ou seulement l'un d'eux ont des symptômes syphilitiques. Quel est le coupable ?

Ainsi posé, ce problème résume la grande généralité des cas qui peuvent se présenter dans la pratique. La

(1) Loc. cit.

solution est grosse d'intérêts, mais elle comporte des difficultés nombreuses, et le praticien, seul juge compétent dans ce cas, ne saurait s'entourer de trop de preuves avant de prononcer les paroles qui doivent entraîner la conviction de la justice et faire condamner ou absoudre le malade.

Il y a quelques années à peine, alors que la doctrine de Hunter, rajeunie par M. Ricord, régnait sans partage, le nourrisson était presque fatalement mis hors de cause. On sait en effet que cette doctrine était basée sur la contagion exclusive du chancre; or cet accident n'existant jamais dans la syphilis héréditaire, l'enfant ne pouvait être, aux yeux des experts, l'agent de la contagion que dans le cas de syphilis acquise. Les parents syphilitiques étaient par conséquent exonérés presque forcément, et la nourrice regardée inévitablement comme la seule coupable.

Ces données conduisaient naturellement à des conclusions erronées, et encore était-on obligé d'avoir recours à des hypothèses plus ou moins spécieuses : tantôt on attribuait la contagion à un chancre pris d'une manière plus ou moins extraordinaire; tantôt c'était un étranger qui avait contaminé l'enfant, etc.

M. Diday, l'un des plus fervents partisans de l'école dite du Midi, est cependant contraint de se rendre à l'évidence; les cas d'infection de nourrisson à nourrice, et *vice versa*, se multiplient sous ses yeux. Mais, voyez jusqu'où peut conduire l'esprit de système, au lieu d'accepter les faits comme ils se présentent, l'éminent syphiliographe lyonnais choisit un moyen terme et il

écrit (1) « que les lésions de la syphilis congénitale ont une puissance de contagion bien supérieure à celles de l'adulte. »

Le dogme de la contagion secondaire est aujourd'hui accepté par tous. M. Rollet, avons-nous dit déjà, a accumulé les preuves expérimentales et cliniques pour établir que le résultat était, dans ce cas, un chancre, comme lorsque l'infection a lieu par l'accident primitif, et il a tiré de ce fait, d'une importance majeure, la loi « que le chancre primitif devait être regardé comme le pivot sur lequel roulerait désormais toute la médecine légale de la syphilis transmise entre nourrissons et nourrices » (2).

La question ramenée ainsi à ses véritables termes, le problème se simplifie, et, les données se trouvant justes, la solution véritable en sera plus facilement trouvée.

Supposons un enfant vérolé qui a infecté la nourrice. On devra trouver chez celle-ci le chancre, porte d'entrée nécessaire de la diathèse, ou au moins les traces ou vestiges qu'il peut laisser, tels que cicatrice, induration, engorgement ganglionnaire.

La réciproque est également vraie. Si c'est le nourrisson qui a été contaminé, on constatera chez lui les mêmes lésions.

Tout le travail de l'expert se réduit donc à ceci : reconnaître la présence de l'accident primitif. Or, si le

(1) Loc. cit., p. 85.
(2) Loc. cit., p. 341.

chancre siége au sein, au niveau du mamelon, chez la nourrice, il est très-probable qu'elle a été infectée par le nourrisson, et cette probabilité devient presque une certitude si l'enfant porte, au moment de l'examen, des accidents secondaires à la bouche.

Si on rencontre au contraire le chancre chez l'enfant et à la bouche, c'est la nourrice qu'on devra incriminer. Le mamelon et la bouche sont en effet les deux organes qui unissent le plus intimement et le plus continûment les deux organismes pendant l'allaitement.

Sans doute le chancre peut venir du mari de la nourrice, d'un amant, d'un nourrisson étranger, etc. Toutes ces suppositions, dont on a tant abusé, peuvent et doivent être faites et même discutées, mais, ainsi que le fait remarquer M. Rollet, discutées comme se rattachant à des raretés, à des exceptions.

Un cas plus embarrassant peut se présenter : la nourrice et le nourrisson sont affectés de symptômes secondaires, et on ne retrouve ni chez l'un ni chez l'autre de trace de l'accident primitif. Quels seront alors les éléments du jugement? La solution du problème est difficile ; c'est en tenant compte de l'époque d'apparition des accidents, de leur marche, de leur degré d'acuité, qu'on arrivera à le résoudre, et le plus souvent on n'aura que des probabilités.

On doit tenir compte, dans ces appréciations, de toutes les circonstances qui peuvent éclairer le jugement : ainsi des traces de syphilis chez l'un des deux géniteurs établissent de graves présomptions contre le nourrisson ; de même la présence d'un accident pri-

mitif ailleurs qu'au mamelon et en particulier aux organes génitaux, chez la nourrice, constitue une charge accablante pour elle.

La moralité des partis est également prise en considération, en se rappelant toutefois qu'il ne faut y attacher qu'une importance médiocre, les intéressés cherchant presque toujours à cacher la vérité.

D'une manière générale, nous le répétons en terminant, on doit s'en tenir à la règle posée par M. Rollet, règle qui comprend l'immense majorité des cas : la présence d'un accident primitif ou de ses traces, au mamelon, chez la nourrice; à la bouche, chez l'enfant, prouve presque toujours la culpabilité de la partie adverse.

Traitement. — Les indications thérapeutiques fournies par la syphilis infantile et surtout par la syphilis congénitale sont en général mal ou incomplétement remplies.

Le praticien oublie trop que la rapidité d'action est ici bien autrement nécessaire que dans la syphilis de l'adulte. Un jour perdu amène souvent des désordres irréparables.

L'indication est aussi nette que précise ; il faut agir vite et bien. Si l'on attend, si l'on tergiverse, si l'on donne des doses infinitésimales, on laisse le malade mourir, tué par le virus que le spécifique aurait pu annihiler.

L'un de nous a eu l'occasion de voir, il y a quelques mois, le fait suivant : un praticien occupé, de

Paris, appelé auprès d'un enfant infecté d'une syphilis héréditaire des mieux caractérisées, prescrivit, comme unique traitement, quelques milligrammes d'iodure de potassium administré, *pour plus de sûreté*, à la nourrice!....

Le traitement de la syphilis héréditaire se divise naturellement en deux parties : le traitement préventif et le traitement curatif.

1° *Traitement préventif.* — Dans le chapitre consacré au traitement préventif de la syphilis héréditaire, on a coutume de s'occuper des soins à donner aux femmes enceintes entachées de vérole.

A cette partie de la thérapeutique se rapportent plusieurs autres questions que les auteurs négligent assez volontiers; on doit faire cependant une heureuse exception pour M. Diday, qui s'en est occupé longuement, dans son excellent livre. Leur étude nous semble de la dernière importance ; elle ne tend à rien moins en effet qu'à préserver les générations du stigmate héréditaire. Elle est de plus nécessaire à cet autre titre, que le praticien est souvent appelé à donner son avis dans des cas où elles sont agitées.

Nous rangeons les faits qui se rapportent au traitement préventif sous trois chefs, et, comme nous ne pouvons entrer dans tous les développements que comporteraient ces questions intéressantes, nous nous contenterons de les indiquer sommairement.

1er *cas.* Un homme ou une femme atteints de syphilis constitutionnelle peuvent-ils se marier?

En règle générale, le vérolé doit reculer l'époque de son mariage aussi loin que possible du moment où il a eu ses derniers accidents.

Dans aucun cas, on ne doit contracter union lorsqu'on est en puissance de symptômes constitutionnels, primitifs, secondaires ou tertiaires. Et, le cas échéant, l'infection des enfants serait d'autant plus probable que la conception aurait lieu à une époque plus rapprochée de l'existence du chancre infectant.

Même en supposant les accidents disparus depuis longtemps (et par longtemps nous entendons ici plusieurs années), il serait prudent de soumettre le malade à un nouveau traitement pendant un ou plusieurs mois avant la conception.

2e *cas*. Nous supposons le vérolé marié, soit que la syphilis date d'une époque antérieure au mariage, soit que la contagion ait eu lieu depuis.

Dans ces circonstances, quelle doit être la conduite des parents diathésés? Eh bien! il faut (on ne saurait trop insister sur ce point), il faut, en supposant, bien entendu, qu'il existe des lésions ou que leur disparition date de peu de temps, il faut, disons-nous, éviter à tout prix la conception.

3e *cas*. La femme est enceinte, les deux parents ou un seul sont vérolés. C'est là certainement le cas qui se présente le plus souvent dans la pratique, quelle sera la conduite à prescrire?

On a prétendu que le père devait être soumis au traitement, parce qu'il pouvait encore, même après la conception accomplie, exercer une certaine influence

sur son produit. Nous croyons cette influence plus que problématique, en dépit des autorités recommandables qui l'admettent ; cependant nous sommes d'avis que le père syphilitique devra profiter de la grossesse de la femme pour se soigner, mais uniquement parce que nous n'admettons pas qu'un malade vérolé laisse marcher naturellement la diathèse, et aussi en vue des enfants à venir.

La femme, tout le monde le reconnaît, doit être mise au traitement. Nous sommes loin de l'époque où de Blégny conseillait, pour traiter la femme, d'attendre que la grossesse fût un peu avancée, et si Doublet n'administrait pas l'hydrargyre aux femmes enceintes vérolées, Bertin, son successeur à l'hôpital des Vénériens, s'est élevé fortement contre ces principes dangereux. L'expérience a fait justice de cette opinion, d'après laquelle le mercure tuerait le fœtus dans le sein de la mère, et, parmi les contemporains, MM. Huguier et Colson (1) sont peut-être les seuls défenseurs de cette doctrine surannée.

Il le faut donc, le médecin doit traiter la femme; mais y a-t-il un moment, une époque, qui soit plus favorable? certains accidents seulement réclament-ils le spécifique?

A notre avis, le traitement doit être institué dès qu'on est appelé, quelle que soit l'époque de la grossesse, quelle que soit la nature des accidents. Dès

(1) Influence du traitement mercuriel sur les fonctions de l'utérus (*Archives générales de médecine*, t. XVIII, p. 24).

qu'on a constaté la présence de symptômes bien et dûment constitutionnels, il faut en guérir la mère au plus vite.

La médication sera aussi énergique que le comporte l'état de santé de la femme, et, comme le fait remarquer M. Diday, il ne faut pas s'arrêter, ainsi qu'on est tenté de le faire, dès que la moindre irritation gengivale se montre, sous peine de voir échouer sa thérapeutique. On ne doit cependant élever les doses que graduellement, et se souvenir que la susceptibilité qui accompagne la gestation est souvent très-grande. On donnera d'abord le spécifique à l'intérieur, et, parmi ses différentes formes, on choisira le sublimé de préférence. Si la femme ne peut le supporter, on aura recours aux frictions, qu'on fera alternativement sur la partie interne des cuisses et des jambes.

L'hydrargyre doit être continué jusqu'au terme de l'accouchement.

Si, au moment de la parturition, il existait aux organes génitaux des accidents contagieux, on leur opposerait un traitement local énergique; car, s'il est vrai que l'infection au passage soit un fait très-rare, elle est cependant possible; de plus, l'accoucheur se mettrait ainsi à l'abri de la contagion.

Si la présence des lésions n'est reconnue qu'au moment même de l'accouchement, il est prudent de les cautériser avec la pierre infernale, de les couvrir d'une pommade ou mieux de collodion. L'accoucheur doit protéger ses mains soit à l'aide d'un corps gras, soit même en les recouvrant d'un tissu protecteur.

On termine, dans ce cas, l'accouchement aussi vite que possible, on retarde la rupture de la poche des eaux par tous les moyens, et, au besoin, on applique le doigt ou un corps inerte sur les lésions contagieuses au moment du passage. Aussitôt que l'enfant est expulsé, on le lave avec soin, on examine minutieusement l'enveloppe cutanée, et si l'on trouve quelques solutions de continuité, on les cautérise immédiatement avec énergie.

Traitement curatif. — Le traitement de la syphilis chez l'enfant repose sur les mêmes principes que chez l'adulte; il tend au même but, et les moyens sont semblables. Malheureusement la constitution infantile apporte à la tolérance des médicaments des contre-indications dont on est obligé de tenir compte.

Le traitement curatif doit être divisé en général et et en local.

1° Traitement général. — Avant d'aborder le traitement interne, nous devons répondre à une question préliminaire.

A quelle époque doit-on commencer la médication générale?

Dans l'immense majorité des cas, on n'institue le traitement qu'à partir du moment où il existe des symptômes notoirement syphilitiques. Or ce n'est que dans des cas exceptionnels que les enfants présentent des accidents au moment de la naissance. Ordinairement ils n'apparaissent que dans le courant du deuxième mois; on administrera donc le spécifique à cette époque seulement.

A cette règle, on peut cependant trouver quelques exceptions ; par exemple, lorsque la mère ou les deux parents sont syphilitiques (on sait que dans ces circonstances le fœtus a fort peu de chances d'échapper à l'infection), et qu'ils n'auront subi aucun traitement ; lorsque la femme a eu déjà plusieurs avortements provoqués par la diathèse ; lorsque des enfants provenant d'accouchements antérieurs, qui n'auront été traités qu'au moment de l'apparition des accidents, seront morts ; lorsque enfin l'enfant, issu de parents manifestement syphilitiques, présentera au moment de la naissance cet aspect cacochyme, cette apparence de petit vieillard que nous avons signalée. Dans tous ces cas, nous croyons, avec M. Diday, qu'il est du devoir du praticien de soumettre l'enfant au traitement hydrargyrique dès la naissance, seulement le spécifique se donne à doses moins élevées que lorsque la syphilis est bien avérée.

On sait que le mercure, s'il ne guérit pas sûrement la vérole, en atténue au moins les effets, recule l'époque de leur apparition ; on met donc ainsi l'enfant à même d'arriver à un âge où il présente plus de résistance aux nombreuses causes de mort qui vont l'assaillir, et en même temps on lui permet d'opposer à l'affaiblissement que cause toujours le mercure une plus grande somme de résistance. On cesse le spécifique vers le deuxième mois, époque ordinaire de l'éclosion des premiers symptômes, quitte à le reprendre s'ils se montrent.

Le praticien n'agira, et n'aura à agir le plus ordinai-

rement, qu'au moment où des accidents caractéristiques existeront déjà.

Le mercure forme la base du traitement, mais quelles préparations seront employées de préférence? par quelle voie les fera-t-on pénétrer dans l'économie? Ici trois méthodes sont en présence : le traitement indirect, le traitement direct, et la méthode mixte.

A. *Traitement indirect.* — Le traitement indirect consiste à administrer le mercure soit à la nourrice que l'enfant tette, soit à un animal dont il boit le lait.

Dans ce dernier cas, une ânesse ou une chèvre frottées d'onguent mercuriel peuvent fournir le lait médicamenteux.

Préconisé par Astruc, Burton, Fabre, Rosen, Colombier, Faguer et Doublet; conseillé par Swediaur, ce mode de traitement est aujourd'hui presque complétement délaissé.

Le lait des femmes qui prennent du mercure, soumis à l'analyse par Berthollet d'abord, puis, à l'instigation de M. Cullerier, par MM. Reveil et Personne, puis enfin par M. Lutz, n'a jamais présenté aucun atome de mercure, aussi le chirurgien du Midi conclut-il en terminant son mémoire sur la thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés : que le traitement indirect est insuffisant.

MM. Personne et Reveil ont retrouvé le spécifique, en quantité infinitésimale, il est vrai, dans le lait des animaux soumis aux frictions mercurielles à très-hautes doses; et d'un autre côté, Garnier, Astruc,

Levret, Fabre, Swediaur, Rosen, MM. Bassereau, Bouchut, etc., ont rapporté des observations dans lesquelles le traitement indirect a suffi pour amener la guérison ; nous sommes donc en droit de dire, avec un auteur sur l'autorité duquel nous sommes heureux de nous appuyer (1) : «que si l'expérience ne prouve pas que le traitement indirect soit le meilleur, elle établit tout au moins qu'il peut suffire dans certains cas, soit comme nourriture indispensable, alors que l'enfant ne supporterait aucune médication directe, soit à titre d'auxiliaire utile, dans les cas où un danger pressant commande de multiplier les secours.» Il doit donc être conservé, et, sans lui donner jamais un sens absolu, le praticien n'oubliera pas, à propos de la syphilis, le précepte d'Hippocrate : «Lactantium cura posita est « tota in medicatione nutricum. »

B. *Traitement direct.* — Le traitement direct doit être employé dans tous les cas où il n'y a pas de contre-indication formelle. Il agit plus vite et plus sûrement que le précédent. Seulement les auteurs ne s'accordent pas pour dire s'il est préférable d'administrer le mercure à l'intérieur, ou de le faire pénétrer par les frictions.

Nous allons, en quelques lignes, rappeler la manière dont ces deux méthodes doivent être employées; nous verrons ensuite à spécifier les cas dans lesquels on doit préférer l'une à l'autre.

(1) Diday, loc. cit.

a. *Médication externe.* — Les frictions qui constituent ce mode de traitement sont peu en usage en France, peut-être à tort. M. Cullerier, dans son excellent travail, a essayé de les remettre en honneur. Nous croyons qu'elles sont appelées à rendre de grands services, en particulier dans les cas où l'enfant ne peut supporter la médication interne.

On emploie ordinairement l'onguent mercuriel simple ou double; 1 à 2 grammes suffisent en général pour chaque friction; celle-ci doit durer de cinq à dix minutes.

Il n'est pas indifférent d'appliquer la pommade sur n'importe quel point de l'enveloppe cutanée. Chez l'adulte, on choisit le plus souvent la partie interne des cuisses, parce que le tégument est plus fin à ce niveau; chez l'enfant, la ténuité de la peau est partout très-grande, et, d'un autre côté, à cet âge, les membres inférieurs sont continuellement irrités et salis par les matières fécales et l'urine; il est donc préférable d'appliquer l'onguent mercuriel sur les parois latérales du thorax, comme le recommande M. Cullerier. La friction est faite, un jour d'un côté, un jour de l'autre.

Il faut avoir soin d'enlever chaque fois la pommade qui reste de l'onction précédente; sans cela, elle rancit et peut irriter la peau, et, dans tous les cas, s'oppose à la pénétration du médicament dans les applications subséquentes.

Aux frictions, on ajoute les bains de sublimé (1 à 6 grammes), au nombre de deux par semaine.

b. *Médication interne.* — C'est la médication que l'on choisit lorsque l'on peut le faire, et parmi les préparations hydrargyriques, c'est au sublimé que l'on doit donner la préférence. Facile à doser et à dissoudre, il se prête à tous les besoins de la pratique; on commence par 2 à 5 milligrammes et on va jusqu'à 1 centigramme dans les cas graves. Cependant il ne faudrait pas croire que ce fût le seul composé mercuriel auquel on pût avoir recours. Ainsi M. Natalis Guillot préfère le proto-iodure, qui lui a donné plusieurs succès; il le prescrit suspendu dans un julep gommeux en commençant par 25 milligrammes. Dans certains cas, on pourra employer le mercure gommeux de Plenk, le cyanure de mercure, etc. Le médicament sera administré avec un excipient agréable; on se rappellera que chez l'enfant, on ne peut se servir que de substances liquides ou demi-liquides. On les mélange avec des gelées; on les met en suspension ou en dissolution dans un liquide facile à prendre, comme un looch, du lait, un sirop, etc.

c. *Traitement mixte.* — Le traitement mixte a pour but de combiner la médication directe avec l'indirecte; nous aurons peu de chose à dire à ce sujet.

Lorsque l'enfant est capable de supporter l'administration directe du mercure, et que le danger est pressant, le mieux est de lui donner une bonne nourrice, tout en exerçant une surveillance attentive, pour éviter la contagion.

Dans ces cas, on pourrait, comme l'a proposé M. Trous-

seau, avoir recours à une combinaison qui tout en n'altérant pas la santé de la nourrice, accélérerait cependant l'action du mercure chez l'enfant, ce serait de donner l'iodure de potassium en même temps à celle-ci. On sait en effet que ce composé favorise beaucoup l'absorption de l'hydrargyre.

On prescrit sans inconvénient le sel potassique à hautes doses. On se souviendra que l'action du mercure, si elle est plus prompte dans ce cas, cesse aussi plus rapidement. On continuera donc le traitement plus longtemps après la disparition des accidents. Du reste, même lorsque l'hydrargyre est employé seul, il est prudent de ne le supprimer qu'un certain temps après la guérison des symptômes.

2° Traitement local. — Chez l'adulte, il est souvent utile de laisser les accidents se guérir sous la seule influence du traitement général. En leur opposant un traitement local énergique, *on les guérit trop vite*, et le médecin se prive ainsi d'un excellent criterium pour juger de l'action de la médication interne; de plus, il est, dans beaucoup de cas, difficile, dans la pratique civile, de faire comprendre aux malades la nécessité de continuer le traitement lorsque les accidents apparents ont disparu.

Chez l'enfant, il n'en est pas de même. Non-seulement chez lui certains symptômes réclament un traitement local énergique, mais on peut dire qu'en général on doit faire disparaître les altérations, quelles qu'elles soient, le plus vite possible. La moindre lésion chez

l'enfant amène une irritation qui retentit sur l'organisme malade et vient ajouter une nouvelle complication aux nombreux dangers qui menacent déjà sa vie.

Parmi les affections de la syphilis héréditaire, il en est deux surtout qui réclament impérieusement le traitement local, ce sont celles qui occupent les fosses nasales et la cavité buccale ; les premières sont une cause de mort pour l'enfant ; les secondes, une menace continuelle de contagion pour la nourrice.

1° *Coryza.* — Lorsque l'enfant tette, il respire uniquement par les fosses nasales ; lorsqu'elles sont obstruées en partie ou en totalité, il est obligé de quitter à chaque instant le sein pour reprendre vent. Il en résulte pour lui de la fatigue, de l'ennui ; il tette moins volontiers, dépérit, et il est exposé à mourir d'inanition.

On oppose à ces lésions le traitement suivant : On fait tomber les croûtes à l'aide d'injections émollientes ; on remplace ensuite celles-ci par des lotions avec une solution faible de sublimé ; la muqueuse est recouverte d'un corps gras, pour empêcher la formation de nouvelles croûtes : pommade au calomel ou au proto-iodure, 1 gramme pour 20 d'axonge.

2° *Lésions de la bouche.* — On touche ces lésions avec un acide étendu ou avec le nitrate d'argent ; et au moment où l'enfant prend le sein, on les recouvre d'une couche de pommade si elles siégent sur les lèvres.

Quant aux affections qui occupent le reste du corps, le tronc, les membres, les environs de l'anus et des par-

ties génitales, etc., leur guérison n'est pas aussi impérieusement commandée. Il est bon cependant de les traiter localement pour accélérer leur résolution ; la peau malade a une influence fâcheuse sur le nouveau-né, et on ne doit jamais négliger la cure topique des affections cutanées ; en les éteignant, on rend un signalé service ; et puis, comme le dit avec tant de justesse M. Trousseau, on a encore le profit de laisser la voie ouverte à une médication qui peut être d'un utile secours.

Un grand nombre de topiques ont été employés, mais aucun ne remplit aussi bien le but que le sublimé en lotions (1 pour 100) et en bains (1 à 5 gr. par bain).

Les pommades mercurielles, les cautérisations légères avec le nitrate d'argent, trouveront aussi leur emploi.

Règles générales du traitement de la syphilis héréditaire. — Après avoir décrit les différents modes de traitement auxquels le praticien peut avoir recours dans les circonstances diverses qu'il est exposé à rencontrer dans la pratique, il ne nous reste plus, pour compléter l'étude de la thérapeutique dans la syphilis congénitale, qu'à indiquer la conduite à suivre dans les cas qui se présentent ordinairement et que l'on peut considérer comme la règle.

En thèse générale, sauf les cas exceptionnels que nous avons signalés, on doit instituer le traitement au moment seulement où les accidents se montrent. Lorsque les parents sont manifestement syphilitiques, on

surveille le nouveau-né avec soin; on le visite minutieusement chaque jour, surtout à l'époque où les premiers symptômes surviennent d'ordinaire, c'est-à-dire entre le quinzième jour et la huitième semaine, de façon à leur opposer le spécifique dès le début de leur apparition.

Une question se présente souvent dans la pratique : un enfant est issu de parents syphilitiques, la mère ne peut le nourrir; dans le cas où celle-ci pourrait allaiter, elle ne doit pas hésiter à le faire, car on sait qu'elle est à l'abri de la contagion; mais enfin nous supposons qu'elle ne puisse donner le sein, conseillera-t-on de confier l'enfant à une nourrice saine? Mais on l'exposera à la contagion; et sans parler de la question de conscience, celle des dommages-intérêts se présente avec ses effrayantes conséquences. Préviendra-t-on la nourrice qu'elle sera sous le coup d'une infection grave? Mais alors, de deux choses l'une, ou elle ne donnera le sein que le plus rarement possible à l'enfant, et le laissera mourir d'inanition, ou elle l'élèvera au biberon, cause de mort non moins probable.

On a proposé de choisir une nourrice déjà infectée, et qui par conséquent n'aurait pas à redouter une nouvelle contamination; mais, nous l'avons déjà dit, le lait d'une nourrice malade est peu favorable à un enfant qui a déjà contre lui tant de causes d'affaiblissement.

On le voit, la question est difficile à résoudre : il est impossible de donner ici aucune règle absolue. Le praticien se laissera guider par les circonstances au milieu

desquelles il observera. Si l'on prend une nourrice saine, et c'est certainement ce qui serait de beaucoup préférable, la surveillance la plus active sera exercée, d'abord pour que l'enfant soit convenablement allaité, et puis par rapport à la contagion. La nourrice oindra le mamelon d'un corps gras, cessera de donner le sein sur lequel apparaîtrait la moindre gerçure, et en même temps un traitement local, énergique, sera opposé aux accidents chez l'enfant, et en particulier aux lésions qui siégeront à la bouche.

Souvent l'on sera contraint d'avoir recours à l'allaitement artificiel, soit à l'aide d'un animal, soit avec le biberon; on aurait, dans ce cas, une responsabilité bien moins grave à encourir, car il est assez facile d'éviter, par quelques précautions hygiéniques, la contagion pour les personnes qui approchent l'enfant. Seulement on devra se rappeler l'insuffisance de ce mode d'allaitement, et se souvenir, comme le dit M. Trousseau, qu'en fait de nourriture infantile il n'y a rien de plus compromettant que les demi-mesures.

Occupons-nous maintenant de l'enfant. Il porte des traces manifestes de vérole; sa mère ou une personne étrangère le nourrit. Quel traitement va-t-on opposer à la diathèse? On ne doit jamais oublier qu'on a affaire à une maladie à marche rapide; l'indication est donc précise, il faut agir et sur-le-champ.

Le spécifique sera immédiatement administré à l'intérieur si les organes digestifs sont en bon état, en frictions dans le cas contraire. Les bains de sublimé formeront toujours un adjuvant très-utile du traite-

ment général. En même temps qu'on donnera le mercure à l'enfant, on devrait, suivant nous, faire prendre de l'iodure de potassium à la femme.

Les accidents tertiaires sont rares dans la syphilis héréditaire; on a donc peu fréquemment l'occasion de prescrire l'iodure directement au nouveau-né, et même, le cas échéant, le mercure serait peut-être encore préférable; il serait bon tout au moins de l'associer au sel potassique.

Le traitement local ne sera jamais négligé; nous avons précédemment trop insisté sur la nécessité de le pousser avec vigueur, pour qu'il soit nécessaire d'y revenir ici.

Une recommandation sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention, en parlant du traitement chez la femme enceinte, trouve encore ici son application. Elle a rapport à un précepte tellement important, que l'on ne saurait trop le répéter : il ne faut pas craindre d'augmenter assez rapidement la quantité du spécifique administré à l'enfant. Les doses recommandées par la plupart des auteurs sont insuffisantes. Sans doute, la susceptibilité des organes digestifs explique cette parcimonie jusqu'à un certain point; mais, d'un autre côté, la maladie a une marche effrayamment rapide, et, sous prétexte de ne pas nuire, le médecin manque de servir, de peur d'irriter le tube intestinal de son malade, il le laisse périr.

« Évitez l'irritation gastro-intestinale, ajoute l'auteur auquel nous empruntons ces lignes (1); évitez-la tou-

(1) Diday, loc. cit.

jours, autant que possible, même de loin, mais attendez au contraire qu'un certain agacement des gencives, d'odeur mercurielle à la bouche, se manifeste. Lorsqu'il y a danger de mort, ce précieux critérium peut seul indiquer à quel point il convient de porter l'administration du remède. Il faut donc aller jusque-là, car au-dessous on risquerait de laisser empirer les désordres. »

La durée du traitement varie suivant les cas; il est prudent de le continuer trois ou quatre semaines après la cessation des accidents, à moins de contre-indication. On surveille ensuite l'enfant pendant un certain temps, afin de reprendre le spécifique à la première manifestation nouvelle. On se défie surtout de certaines époques de la vie, qui souvent sont des causes de rechutes; ainsi le sevrage, la dentition, les maladies de toutes sortes, etc.

Le régime a, dans la syphilis congénitale, une grande importance, et si l'enfant non ou mal allaité est voué à une mort presque fatale, celui qui est amplement nourri au sein a au contraire de grandes chances de vie.

L'hygiène a une influence non moins marquée. On doît avoir pour l'enfant des soins de propreté minutieux; on lui évite les moindres malaises, et surtout on le soustrait au froid; il est toujours tenu dans une atmosphère chaude; le froid, chez l'enfant vérolé, est mortel. On comprend facilement cette influence en se rappelant les avantages qu'on retire tous les jours d'une température élevée dans les cas de syphilis rebelle chez l'adulte.

A l'aide de ces soins multipliés, d'une thérapeuti-

que énergique et bien ordonnée, on peut espérer sauver quelques nouveau-nés infectés. Souvent, trop souvent encore, en dépit des soins les mieux entendus, la mort viendra enlever au praticien le succès sur lequel il comptait.

La syphilis héréditaire est une maladie des plus graves. Livrée à elle-même, elle est presque toujours mortelle. Combattue par les remèdes, elle cède difficilement, et dans des cas malheureusement trop fréquents, l'organisme si faible à cet âge finit par s'épuiser, et dans la lutte engagée entre la diathèse et le spécifique, ce dernier est loin de rester toujours maître du terrain.

BIBLIOGRAPHIE (1).

Doublet. Mémoire sur les symptômes et le traitement de la maladie vénérienne dans les enfants nouveau-nés, lu à l'assemblée particulière de la Faculté de Médecine. Paris, 1781.

Pelletier. Dissertation sur la maladie syphilitique des nouveau-nés.

F. Leblanc. Dissertation sur les maladies vénériennes des nouveau-nés, etc.; an II.

Mahon-Lamauve. Recherches importantes sur l'existence, la nature des maladies syphilitiques dans les femmes enceintes.

(1) La bibliographie de la syphilis infantile offrant un intérêt tout particulier, nous croyons devoir la donner plus complétement que celle des autres parties de la syphilis.

P.-A.-O. Mahon. Recherches sur les maladies syphilitiques chez les femmes enceintes et les enfants nouveau-nés. Paris, 1804.

Ploucquet. Initio bibliothecæ medico-praticæ et chirurgicæ, t. VII, p. 392, 399, 400. — Infectio per hæreditatem ; ex patre, matre per mammas, lactionem ; nutrix propagans ; obstetrix propagans ; obstetrices infectæ. Tubing, 1803.

Vassal. Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant. Paris, 1807.

Bertin. Traité des maladies vénériennes chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices. Paris, 1810.

Gilibert. Monographie du pemphigus. Paris, 1813.

Bourgogne. Considérations générales sur la contagion de la maladie vénérienne des enfants trouvés à leurs nourrices, suivies de la relation d'une affection syphilitique communiquée à plusieurs femmes par la succion du sein. Lille, 1825.

Krauss. Dissertatio de pemphigo neo-natorum. Bonn, 1834.

Robert Lee. De la Transmission de la scarlatine, de la variole, de la syphilis, et d'autres maladies par voie d'hérédité (*Journal für Kinderkrankeiten*, v. Barez. Berlin, 1844).

Hertle. Du Pemphigus des nouveau-nés et de sa nature ; thèse. Strasbourg, 1847.

Cazenave. De la Contagion à propos de la syphilis congénitale (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. III, p. 281, 303.

— De la Transmission de la syphilis de l'enfant à la nourrice sous le rapport médico-légal, t. IV, p. 85.

Trousseau et Lasègue. De la Syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge (*Archives genérales de médecine*, 1847).

P. Dubois. Du Diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes de la mort du fœtus (*Gazette médicale de Paris*, 1850).

Cullerier. Des Symptômes consécutifs de la syphilis consi-

dérés dans leurs rapports avec l'allaitement (*Bulletin général de thérapeutique*, 1850, p. 559).

— Du Traitement de la syphilis des nouveau-nés (*Bulletin de thérapeutique*, 1852, p. 433).

— De l'Hérédité de la syphilis (*Mémoires de la Société de chirurgie*, 1854).

Bouchut. Transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices (*Gazette médicale*, 1850).

— De la Syphilis infantile (*Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, etc., 1862).

Prieur. Quelques questions sur la syphilis; thèse. Paris, 1851.

Depaul. Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale consistant dans une altération spéciale des poumons, pour servir à l'histoire de la syphilis intra-utérine (Académie de Médecine, 20 juillet 1851, et *Gazette médicale*, 1851, p. 392).

Devilliers. Recherches sur le traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, octobre 1851).

Gubler. Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire (*Mémoires de la Société de biologie*, 1852, t. IV).

— Même sujet (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1848, et *Gazette médicale*, 1851, p. 252).

A. Dugès. De l'Innocuité du lait des nourrices atteintes de syphilis pour les enfants qu'elles nourrissent; thèse. Paris, 1852.

Ch. Teirlink. Annales et Bulletins de la Société médicale de Gand, 1852, p. 93.

Venot. Journal de médecine de Bordeaux, mars 1852.

Simon. Mémoire sur la syphilis congénitale (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. III, p. 254).

Candelon. Modes de transmission de la syphilis chez le nouveau-né; thèse. Paris, 1852.

Ch. Desruelles. Des Manifestations de la syphilis congénitale,

et particulièrement du pemphigus des nouveau-nés; thèse. Paris, 1852.

F. Mayr. Recherches sur la syphilis héréditaire chez les enfants (*Annuaire de la peau et de la syphilis,* traduction de M. Axenfeld, 1852).

Nat. Guillot. Leçons cliniques sur la syphilis des nouveau-nés (*Moniteur des hôpitaux,* 1853).

Mandon. Histoire de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle; thèse. Paris, 1853.

Diday. Traité de la syphilis des enfants nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris, 1854.

Doyon et Dron. Observations sur la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle (*Gazette hebdomadaire,* 1854).

Putegnat. Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, 1854.

Martinez y Sanchez. Essai sur la syphilis héréditaire; thèse, Paris, 1855.

Capdevila. De la Syphilis chez les enfants (*Gazette hebdomadaire,* 1856, extrait de la *Crónicã de los hospitales*).

Hutchinson. Mémoire sur la transmission de la syphilis du fœtus à la mère (*Medical Times and Gazette,* 1856).

Jacewicz. Étude sur l'hérédité de la syphilis; thèse. Paris, 1856.

Mandron. La mère peut-elle transmettre au fœtus la diathèse syphilitique acquise pendant la grossesse? (*Journal de Bruxelles,* janvier et février 1856, extrait dans la *Gazette hebdomadaire,* 1856.)

Payrau. Études sur les manifestations de la syphilis congénitale; thèse. Paris, 1857.

Ravin. Du Traitement de la syphilis congénitale; thèse. Paris, 1857.

Boeck, de Christiana. De la Syphilisation appliquée aux enfants (traduit de l'allemand par le Dr Hagen, 1857).

Trousseau. Leçons sur la syphilis congénitale (*Union médicale,* 1857).

— Syphilis des enfants nouveau-nés (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu,* t. II. p. 655; 1862).

ROLLET. Études cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche (*Archives générales de médecine,* 1859).

DIDAY. Syphilis congénitale (*Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau.* Lyon, 1859).

A. HARVEY. On the fœtus in utero as inoculating the maternal with the peculiarities of the paternal organism (In *the Glascow's Journal,* vol. VI, 1859).

G. WEISFLOG. Beitray zur Keuntness der Dubois' schen Thymus, Abcesse bei angeborner Syphilis (Contribution à la connaissance de l'abcès du thymus décrit par Dubois dans la syphilis congénitale; dissertation inaug. Zurich, 1860).

NOTTA. Mémoire sur l'hérédité de la syphilis (*Archives générales de médecine,* 1860).

EM. VIDAL. De la Syphilis congénitale; thèse pour l'agrégation, 1860.

A. VIENNOIS. De la Syphilis transmise par la vaccination (*Archives générales de médecine,* 1860).

— Examen des opinions émises par M. Ricord à l'hôtel-Dieu de Paris (Leçons faites à l'École de Médecine de Lyon). Paris, 1862.



DEUXIÈME PARTIE

MALADIES VÉNÉRIENNES

DU

CHANCRE SIMPLE

Le chancre simple (*chancre non infectant, ulcère contagieux* des organes génitaux, *chancroïde* de M. Clerc, *chancrelle* de M. Diday, *chancre mou* de plusieurs auteurs) est une lésion essentiellement locale, sans incubation, contagieuse au plus haut degré, caractérisée par une ulcération à base molle, accompagnée dans beaucoup de cas d'un bubon suppuré sympathique ou virulent, et dont la sécrétion, inoculable à l'infini sur le sujet lui-même ou sur d'autres, reproduit toujours un ulcère semblable.

Comme M. Bassereau l'a indiqué le premier, comme M. Rollet l'a démontré après lui, et comme nous avons essayé de l'établir dans l'introduction de cet ouvrage, le chancre simple et son dérivé le bubon chancreux étaient connus dès la plus haute antiquité.

Lorsque la syphilis, maladie nouvelle, apparut à la

fin du xve siècle, les médecins de cette époque ne la confondirent pas avec l'ulcère contagieux des parties génitales. La preuve qu'ils connaissaient bien le chancre simple, c'est, dit M. Rollet, que « les chirurgiens de cette époque, G. de Salicet, Lanfranc, Bernard Gordon, Jean de Gadesden, Guy de Chauliac, Pierre d'Argelata et tant d'autres, de 1270 à 1480, en ont fait des descriptions remarquables auxquelles un auteur moderne aurait peu à ajouter, et surtout ils le traitaient comme il convient de le traiter, c'est-à-dire surtout par des moyens locaux. »

Ce fut vers le commencement du xvie siècle que l'ulcère contagieux fut confondu avec la vérole; quelques années plus tard, on devait englober également la blennorrhagie dans la même unité morbide. A partir de ce moment, les trois maladies ne sont plus séparées et cette confusion dure plus de trois siècles. Depuis quelques années seulement, l'obscurité de ces questions commence à s'éclaircir grâce aux travaux des écoles de Paris et de Lyon.

Étiologie. — Le chancre simple naît toujours du chancre simple. En aucun cas, il n'est le produit de la contagion d'un chancre infectant ou d'un accident quelconque de la vérole.

Le chancre simple constitue donc une espèce pathologique à part; ce fait qui, il y a quelques années, était encore à l'état d'hypothèse, est aujourd'hui établi sur des bases certaines. Sans parler des preuves historiques dont la valeur a été discutée déjà longuement,

nous avons les nombreuses inoculations pratiquées depuis quelques années, les confrontations qui ont toujours permis de reconnaître comme antécédent de cet accident un ulcère de même nature (Bassereau (1), Clerc (2), Fournier (3) et Caby), enfin nous allons voir que les caractères extérieurs, la marche, la durée, les terminaisons et le traitement qu'il réclame le différencient encore mieux de la lésion initiale de la syphilis.

Symptomatologie. — Le chancre simple offre trois périodes distinctes.

a. *Période de début.* — L'incubation n'existe pas ; immédiatement après le dépôt du pus virulent le travail pathologique commence. Les phénomènes varient un peu suivant que le liquide contagieux est inséré sous la peau ou la muqueuse, ou bien qu'il est mis en contact avec la surface d'une plaie. Dans le premier cas, la maladie présente la marche suivante qui a été bien étudiée, suivie pour ainsi dire pas à pas, dans les cas nombreux d'inoculations de chancres mous : aussitôt après la contagion ou l'insertion artificielle du pus contagieux dans les tissus, la peau rougit, devient érythémateuse; il y a de la chaleur, des démangeaisons au niveau du point malade.

Après quelques heures, une légère saillie comme papuleuse s'élève ; à son sommet apparaît un soulève-

(1) Loc. cit., p. 197.

(2) Du Chancroïde (mémoire présenté à la Société des sciences médicales, 1854).

(3) De la Contagion du chancre, 1857.

ment épidermique vésiculeux. Le liquide ne tarde pas à se troubler, l'on a alors une pustule; celle-ci se crève et laisse à découvert une ulcération arrondie, ou bien le liquide se concrète et forme une croûte plus ou moins épaisse qui tombe au bout de quelque temps et découvre un ulcère plus profond que dans le cas précédent, à bords taillés à pic, à fond grisâtre et pultacé.

Lorsque le pus est déposé à la surface d'une plaie, l'ulcère chancreux se montre d'emblée sans passer par les phases que nous venons de décrire. Ce mode de début est de beaucoup le plus fréquent dans le chancre de contagion.

Le chancre présente encore quelques particularités lorsqu'il se développe sur des piqûres de sangsues ou lorsque le pus pénètre profondément, il y a alors une inflammation sous-cutanée, limitée, circonscrite; il se forme un furoncle ou un petit abcès et à leur ouverture succède une ulcération qui a tous les caractères d'un chancre.

Introduit dans les follicules, il donne naissance à un petit ulcère chancreux. Quand il pénètre à travers les lymphatiques et va jusqu'au ganglion, celui-ci s'enflamme, suppure fatalement et on a un chancre ganglionnaire.

b. *Période de progrès.* — Quel que soit le début de la maladie, elle aboutit toujours à une ulcération, et cette ulcération, c'est le chancre simple.

Développée sur des tissus homogènes, cette affection est représentée par un ulcère qui offre les caractères

suivants : il est arrondi, plus ou moins profond, d'une étendue variable ; ses bords sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, légèrement décollés, quelquefois renversés en dehors ; circonscrits par une auréole inflammatoire violacée ou livide, ils offrent à l'œil muni de la loupe une série de petites dentelures qui ont quelque chose de caractéristique ; son fond est grisâtre, irrégulier, inégal, pultacé, recouvert d'une espèce de détritus organique.

La base de l'ulcère est molle, c'est-à-dire d'une souplesse égale à celle des tissus sains. Quelquefois, elle offre une dureté phlegmoneuse (Ricord) due à l'engorgement des tissus, mais toute différente de l'induration du chancre infectant, et disparaîssant avec l'inflammation qui lui avait donné naissance. Cette dureté peut aussi reconnaître pour cause l'emploi de certains topiques, comme le sublimé, le nitrate d'argent, la cendre de tabac, le chromate de potasse, etc.

Les caractères objectifs que nous venons de décrire varient un peu suivant les cas ; ainsi, au lieu d'être arrondi, le chancre peut avoir une forme allongée, plus ou moins irrégulière, soit que l'ulcère occupe des tissus différents, soit que plusieurs chancres se réunissent en un seul.

Le siége de la lésion amène aussi dans son étendue, sa profondeur, son aspect en général, des modifications très-diverses, mais ces changements n'ont qu'une importance secondaire et ne méritent pas une description spéciale.

L'ulcère chancreux sécrète en grande abondance un

pus virulent, contagieux au plus haut degré, qui favorise son extension et sa multiplication ; il est rarement solitaire, il s'inocule avec la plus grande facilité et à l'infini au malade qui le porte, bien différent en cela du chancre infectant dont la sécrétion n'a aucune action sur celui qui en est porteur.

Le chancre simple, dans quelques cas, bien moins nombreux qu'on ne l'a dit, retentit sur les ganglions qui sont les aboutissants des lymphatiques où il siége ; le bubon est sympathique ou virulent, et il présente ceci de particulier (1), « qu'il ne se produit jamais que dans les ganglions superficiels, qu'il est toujours borné au premier groupe de glandes où se rendent les vaisseaux de la partie malade. » L'adénite occupe ordinairement le même côté que le chancre, mais elle peut aussi se montrer du côté opposé, fait qui se trouve suffisamment expliqué par l'entre-croisement des lymphatiques sur la ligne médiane. Elle est le plus souvent mono-ganglionnaire.

Le chancre mou s'accompagne quelquefois de lymphites, qui sont toujours phlegmoneuses; elles sont simples ou virulentes. Cet accident est plus rare encore que le bubon.

La lésion contagieuse que nous étudions est toujours le siége d'une certaine réaction locale, aussi est-elle plus ou moins douloureuse à l'encontre du chancre infectant qui a pour caractère d'être indolent.

c. *Période de réparation.* — Le fond de l'ulcère, à une

(1) Ricord, Leçons sur le chancre, p. 33.

certaine époque de son existence, perd sa teinte grise, il entre alors dans la période de réparation, et il cesse d'être inoculable. Son fond se nettoie, devient rosé, bourgeonne; la rougeur et l'engorgement des parties environnantes cessent, les bords s'affaissent, la cicatrisation se fait, ordinairement des bords vers le centre.

Quelquefois ces changements n'ont lieu que sur une partie de la plaie, et les autres points continuent à sécréter un pus virulent qui peut réinoculer ceux qui sont déjà en voie de cicatrisation. En règle générale, la virulence cesse à mesure que la réparation s'organise.

Marche, durée, terminaison. — La période de début a une durée courte, qui présente des différences peu marquées; elle dépasse rarement quatre ou cinq jours. La période ulcérative ou de progrès est très-variable, exceptionnellement moindre de deux à trois septénaires, elle dure quelquefois des mois entiers. Il arrive un moment où le chancre cesse de s'étendre, mais il conserve ses limites (période de *statu quo* des auteurs), reste virulent, sans aucune tendance à la cicatrisation.

La réparation, une fois commencée, marche le plus souvent avec rapidité.

D'une façon générale, le chancre simple a une longue durée; il se perpétue dans beaucoup de cas par des inoculations successives.

Le siége de l'ulcération a une certaine influence sur sa durée, ainsi les chancres de l'anus, de l'urèthre, ou du méat, du limbe du prépuce, de la fourchette chez la femme, ne guérisent que lentement, parce qu'ils

sont continuellement exposés à des tiraillements, des déchirures qui empêchent ou retardent la cicatrisation.

La terminaison ordinaire de cette affection est la guérison. Il reste, pour la majorité des cas, au niveau du point qu'elle occupait, une cicatrice indélébile.

A propos de la marche de l'ulcère simple, nous devons dire quelques mots de celle du chancre mixte; nous serons très-brefs sur ce sujet qui a déjà été étudié dans la première partie de l'ouvrage.

Lorsqu'on prend en même temps un chancre simple et un chancre induré, les choses se passent de la façon suivante, si la contagion a lieu au même point, c'est du moins ainsi que se sont comportés les accidents dans trois cas que nous avons pu observer : un ou deux jours après le coït infectant, apparaît l'ulcère simple, qui suit sa marche accoutumée, peut s'accompagner d'un bubon virulent. Il n'y a à cette époque rien qui puisse faire prévoir ce qui va survenir. Quinze à trente jours (dix-huit dans un cas, vingt-quatre dans l'autre, vingt-sept dans le troisième) après l'apparition du chancre simple, sa base, restée molle jusque-là, s'indure peu à peu; les aines, interrogées, permettent de sentir au-dessous des adénites aiguës ou des chancres ganglionnaires s'ils existent, de petites tumeurs indolentes, en un mot, la pléiade caractéristique; quelques semaines plus tard, les lésions du côté de la peau et des muqueuses se développent. Le chancre simple se cicatrise au bout d'un temps variable, et la vérole se déroule dans son ordre habituel.

On trouve dans une thèse (1) récemment soutenue devant la Faculté de Montpellier une histoire complète du chancre mixte. L'auteur, zélé partisan de M. Rollet, admet, sur la parole du maître, que le chancre mixte « se transmet comme espèce pathologique distincte, » et il croit l'avoir démontré. Nous regrettons vivement de ne pas avoir la même foi dans ses arguments, qui ne sont autres, du reste, que ceux admis par M. Rollet; leur valeur a déjà été discutée dans l'Introduction.

Fréquence. — Comme on l'a vu à propos des statistiques données au chapitre du chancre infectant, la fréquence du chancre simple serait beaucoup plus grande que celle de l'accident primitif de la syphilis, puisqu'on le rencontrerait trois fois plus souvent que celui-ci (2).

Ces statistiques ont été acceptées par tous les auteurs, bien plus, on en a tiré des déductions pratiques et doctrinales nombreuses. Or, ce que l'un de nous a observé est en complet désaccord avec les résultats obtenus dans les relevés donnés jusqu'à ce jour.

Étant interne à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Cullerier, nous avons tenu une liste exacte de tous les malades entrés dans les salles pendant les dix premiers mois de l'année 1861, et nous avons trouvé 123 chancres simples et 230 chancres infectants, c'est-

(1) L. Nodet, Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancres, et particulièrement sur le chancre mixte. Montpellier, 1863.

(2) Voir la première partie, p. 125.

à-dire presque 2 accidents primitifs pour 1 ulcère simple.

La même proportion a existé dans les autres services pendant tout le courant de l'année. Seulement, nous devons dire que notre relevé a été fait sur des malades entrés dans les salles, sur lesquels nous avons pu suivre pendant un certain temps l'évolution des lésions; nous étions donc sûrs de ne pas nous tromper.

Si l'on tient compte de la grande expérience de M. Cullerier, que personne ne peut mettre en doute, et du vaste théâtre sur lequel nous observions, on sera contraint de reconnaître que notre statistique acquiert une grande importance.

Les relevés donnés par les autres auteurs, même les plus autorisés, ont été faits pour la plupart sur des malades examinés à la consultation, chez lesquels par conséquent on n'a pu assurer le diagnostic, car personne n'ignore que la diagnose absolue des chancres est difficile dans beaucoup de circonstances, et que les plus expérimentés s'y trompent souvent. Du reste, aux incrédules nous enseignerons un moyen bien simple de se convaincre de la vérité de ce que nous avançons; il leur suffira de faire une visite à l'hôpital du Midi, à n'importe quel moment, dans telle salle qu'ils jugeront à propos de choisir, pour revenir convaincus de ce fait, que le chancre simple est relativement rare à l'hôpital des Vénériens, et le chancre infectant fréquent.

Les arguments invoqués par M. A. Fournier (1) pour

(1) Leçons sur le chancre, p. 15.

étayer la doctrine de la fréquence de l'ulcère mou, ne sont que spécieux; il dit, en effet, qu'un grand nombre de chancres simples se cicatrisent rapidement et n'amènent pas les malades à l'hôpital, qu'un nombre au moins égal de balano-posthites, avec tuméfaction du prépuce et phimosis inflammatoire, empêchent de reconnaître l'existence simultanée d'une ulcération contagieuse; mais l'on sait au contraire que l'ulcère simple est un accident en général douloureux, gênant, d'une durée plus longue que celle du chancre infectant, que ce dernier donne lieu à une réaction locale insignifiante, qu'il passe assez souvent inaperçu du malade qui ne vient consulter, dans beaucoup de cas, que lorsqu'il voit apparaître des accidents constitutionnels.

D'un autre côté, le chancre simple sécrète, il est vrai, un pus essentiellement inoculable, peut se reproduire un grand nombre de fois sur le même individu, mais il est douloureux, rend le coït pénible, et, à moins de circonstances exceptionnelles, s'oppose aux rapprochements sexuels, et, points très-importants, il reconnaît pour seul antécédent un accident semblable à lui, et ne siége guère (99 fois sur 100) que sur les organes génitaux.

Le chancre infectant est produit non-seulement par une lésion semblable à lui, mais il peut être la suite de la contagion des accidents secondaires, voire même du sang; or, si l'on songe que le vérolé conserve pendant un an au *minimum*, dans la plupart des cas, des symptômes secondaires, symptômes indolents en général, qui siégent, non plus exclusivement ou à peu près,

sur les organes génitaux, mais encore sur tout le corps, et en particulier à la bouche, que la contagion peut se transmettre non-seulement par les rapports sexuels, mais aussi par les baisers, les attouchements de toutes sortes, par les instruments qui servent aux usages journaliers ou aux travaux en commun[1], il semble que l'on devrait admettre *a priori* la fréquence plus grande de cet accident, qui peut reconnaître tant de paternités diverses.

Un seul argument de quelque valeur pour les partisans de l'opinion que nous combattons est le suivant : on n'a généralement qu'une fois la vérole, et par conséquent on n'a dans la vie qu'un chancre infectant, tandis que l'ulcère simple peut se reproduire un nombre illimité de fois sur le même individu ; mais cet argument même n'est que spécieux, et tombe devant l'observation exacte des faits.

Siége. — Le chancre simple siége, d'une façon presque constante, sur la verge ou les parties voisines ; c'est à peine si on le rencontre 1 fois sur 100 hors de la sphère génitale.

Les ulcères simples du gland et du prépuce sont les plus fréquents ; ceux du méat et de l'intérieur de l'urèthre s'observent assez souvent chez l'homme. Chez la femme, ils existent surtout à l'entrée du vagin, à l'orifice du méat, à la fourchette, à la vulve ; quelquefois sur le col, même à sa surface interne ; ceux de l'intérieur du vagin sont exceptionnels. Dans les deux sexes, le chancre anal n'est pas très-rare ; il peut être

la conséquence de rapports anormaux, ou être le résultat d'inoculations de voisinage.

On peut trouver cet accident sur tous les autres points du corps, mais, nous le répétons, c'est par exception qu'on le rencontre sur d'autres régions que les parties génitales.

On a cru longtemps que la tête était à l'abri de la contagion du chancre mou. M. Ricord, dans ses leçons, émet cette proposition, que d'après les faits bien observés jusqu'à ce jour, il n'existe pas un cas authentique de chancre mou développé sur la face, ou d'une façon plus générale de chancre mou céphalique.

M. Puche, sur trente observations, n'en a pas rencontré une seule de chancre simple; M. Fournier (1), sur vingt-huit cas, n'a pas constaté une seule exception; la plupart des observateurs sont arrivés au même résultat.

Cependant si l'on consulte les tableaux donnés par M. Ricord, dans son livre sur l'inoculation (2), on trouve dans le premier relevé (inoculations pratiquées dans le service des hommes, 1831-1837), parmi les symptômes qui ont produit la *pustule caractéristique*, trois chancres des lèvres et un de la gorge; dans le deuxième tableau (inoculations pratiquées dans le service des femmes, 1831-1836), quatre chancres des lèvres et deux de la gorge; en résumé, dix cas dans lesquels l'inoculation a été positive.

(1) Étude sur le chancre céphalique, 1858.
(2) Traité des maladies vénériennes, p. 525, 526. Paris, 1838.

Ces résultats ont d'autant plus d'importance, qu'ils ont été obtenus à une époque où l'on ne soupçonnait pas même la dualité chancreuse.

Admettra-t-on que l'auteur a pu se tromper ? Mais dans dix cas, cela est peu probable. Verra-t-on là des observations de chancres infectants inoculés au porteur ? Le même expérimentateur a fait dessiner un chancre de la gencive qu'il avait inoculé positivement. Je sais bien que plus tard, il a récusé sa propre observation, mais les raisons qu'il a données ont bien peu de valeur.

D'autres faits existent dans la science, d'abord celui de MM. Boys de Loury et Costilhes, celui que M. Diday a observé chez une jeune fille, et dans lequel l'ulcère avait tous les caractères assignés au chancre mou. M. Clerc cite dans ses leçons le cas d'une ulcération de la lèvre inférieure chez une femme, dans lequel l'inoculation s'était produite accidentellement au moyen du doigt qui avait transporté à la bouche le pus d'un chancre simple siégeant à la vulve.

Cette question du chancre mou céphalique devait tenter les expérimentateurs. On essaya de résoudre le problème à l'aide de l'inoculation artificielle, les expériences se multiplièrent, et il fut prouvé que la tête n'était nullement réfractaire au pus sécrété par cette lésion.

En 1857, M. Rollet inocule avec succès la sécrétion d'un chancre simple derrière l'apophyse mastoïde d'un vieillard.

En 1858, M. Buzenet rapporte dans sa thèse trois

cas d'inoculations positives faites par M. Bassereau.

La même année, Nadeau des Islets relate avec détails un grand nombre d'observations dans lesquelles le pus du chancre simple a donné constamment la pustule caractéristique.

En dépit de ces faits que l'on pourrait multiplier, le chancre mou céphalique n'en reste pas moins une exception. Les raisons mises en avant pour expliquer cette rareté sont nombreuses, elles ont déjà été indiquées (1), nous n'y reviendrons pas.

Diagnostic. — Le diagnostic du chancre simple peut, dans beaucoup de cas, être fait à la seule inspection de la lésion. Il est ordinairement multiple, siége presque toujours sur les organes génitaux ; il est représenté par un ulcère arrondi, à base molle, creusé comme à l'emporte-pièce, à bords dentelés et taillés à pic, à fond grisâtre, vermoulu, ulcère qui sécrète un pus éminemment contagieux, sanieux, inoculable avec la plus grande facilité au malade qui le porte ou à d'autres, et est accompagné dans un certain nombre de cas d'un bubon phlegmoneux sympathique ou virulent.

L'inoculation au porteur est le seul caractère pathognomonique ; les autres ne sont pas exclusifs au chancre simple. Dans les cas embarrassants, on devra donc avoir recours à l'inoculation, qui sera positive dans le cas où l'on aura affaire à cette espèce de lésion, négative dans tous les autres.

(1) Page 74.

Les affections que l'on peut confondre avec le chancre mou sont les suivantes :

Le chancre infectant, qui en a été différencié dans la première partie du livre.

Les plaques muqueuses ulcérées et les ulcérations secondaires en général qui revêtent quelquefois les apparences extérieures du chancre simple. Mais il existe ordinairement d'autres symptômes constitutionnels, la marche est différente. Dans les cas difficiles, on aura recours à la lancette, les accidents de la vérole, comme nous l'avons vu, ne s'inoculent jamais au malade qui les porte.

Les ulcérations de toutes sortes qui siégent sur les organes génitaux et succèdent à des lésions aiguës, comme la folliculite, les furoncles, les abcès des petites glandes de cette région, ou à des affections chroniques, comme les scrofulides, les épithélioma, les gommes, sont souvent difficiles à distinguer des chancres simples. On étudiera la marche de la maladie, les antécédents du malade, les symptômes concomitants, les circonstances au milieu desquelles les lésions se sont développées, et dans les cas où l'on concevrait le moindre doute, il existe un signe infaillible d'arriver à la vérité, c'est d'inoculer au malade le liquide que sécrète l'ulcération.

On observe chez les prostituées une forme d'ulcère des parties génitales, qui a été bien décrite par MM. Boys de Loury et Costilhes ; cette altération, connue sous le nom de *chancre chronique*, s'accompagne de dureté des tissus ambiants, de l'état raboteux, fongueux, de la

plaie, et le plus souvent d'un œdème des parties sur lesquelles elle siége. Elle est facile à reconnaître aux caractères que nous venons de donner, et aussi en tenant compte du rang occupé dans la société par les malades qui les présentent. Elle est longue à guérir. M. Robert vante contre elle les pansements avec le styrax; MM. Boys de Loury et Costilhes emploient de préférence l'onguent mercuriel, les caustiques et l'excision.

Le siége de la maladie constitue une difficulté de plus pour le diagnostic; ainsi, les ulcères chancreux de l'anus en imposent dans certaines circonstances pour des fissures, et il faut bien le dire, dans quelques cas, les symptômes qu'ils offrent ressemblent à s'y méprendre à ceux qui caractérisent ces dernières lésions; il y a de la constriction du sphincter, des douleurs vives au moment de la défécation, et les signes objectifs de la plaie suffisent rarement pour en faire reconnaître *a priori* la nature. Le seul moyen de lever la difficulté est encore ici l'emploi de l'inoculation. Quelquefois, les aveux du malade, la présence d'un bubon, la multiplicité des ulcères, mettent sur la voie; la fissure en effet est constituée par une ulcération unique, de petites dimensions, dirigée dans le sens des plis radiés de l'anus, à bords non taillés à pic, nullement dentelés.

Le chancre du canal se diagnostique bien lorsqu'il se trouve au niveau du méat urinaire ou près de cette ouverture; lorsqu'il existe dans la profondeur de l'urèthre, les difficultés sont grandes, cependant sa sécrétion rouillée, la présence d'un engorgement bien limité sur le tra-

jet de ce conduit, pourront le faire reconnaître dans beaucoup de circonstances.

Pronostic. — Le chancre simple est une lésion bien moins grave que l'ulcère infectant, puisqu'il annonce toujours une affection locale qui, dans aucun cas, n'infectera l'économie; mais, d'un autre côté, il entraîne parfois des désordres locaux plus ou moins redoutables, il présente une grande tendance à s'étendre, à se multiplier, à produire des bubons aigus, il est souvent le siége de complications, telles que l'inflammation, la gangrène, la diphthérite et surtout le phagédénisme; on peut donc répéter avec M. Ricord que le chancre mou est une affection simple comme fond, grave au point de vue local.

Le pronostic varie avec le siége où se montre la lésion; il est d'autant plus grave que l'ulcère occupe une région sur laquelle les applications topiques sont moins faciles à faire; ainsi les chancres du gland guérissent plus vite et plus facilement que les chancres de l'urèthre; de même ceux du limbe, exposés à des déchirures continuelles, sont plus graves que ceux de la muqueuse préputiale. Le chancre du frein a une durée très-longue pour les mêmes raisons.

L'étendue de la plaie, les complications, les décollements, aggravent également le pronostic; les chancres ganglionnaires ont, dans beaucoup de cas, une grande persistance, à cause des anfractuosités, des irrégularités qu'ils présentent.

Traitement. — Le but que l'on doit se proposer pour

obtenir la guérison du chancre mou, c'est de transformer l'ulcère virulent en une plaie simple. Pour arriver à ce résultat, il existe deux moyens, l'*excision* et la *cautérisation*.

Le chancre simple étant une affection toute locale, il ne réclame jamais de traitement général, à moins de complications.

L'excision ne peut être employée que dans quelques cas restreints, lorsque la lésion occupe des parties flottantes, faciles à enlever, comme le limbe du prépuce, les petites lèvres. Lorsqu'on a recours à l'excision, il faut avoir le soin de porter l'instrument tranchant sur les parties saines, assez loin de la circonférence de l'ulcère, afin d'éviter, autant que possible, la réinoculation de la plaie.

La *cautérisation* forme la base du traitement; bien appliquée, elle guérit le malade en quelques heures; une fois la virulence détruite, il ne reste plus en effet qu'une plaie ordinaire dont la cicatrisation est facile à obtenir.

On doit laisser de côté tous les caustiques superficiels, comme le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre; c'est aux caustiques énergiques qu'il faut s'adresser; ce n'est pas d'un simple modificateur dont on a besoin, mais d'un véritable agent destructeur.

Le fer rouge est peu employé, non pas qu'il ne convienne parfaitement pour atteindre le but qu'on se propose, mais parce qu'il présente dans son application d'assez grandes difficultés, et aussi parce qu'il cause trop d'effroi aux malades.

On a expérimenté un grand nombre de composés, la potasse, la pâte de Vienne, les acides sulfurique, chlorhydrique, azotique, etc. ; on les a successivement abandonnés, parce qu'il est très-difficile en général de limiter leur action ; cependant ils peuvent rendre de grands services lorsqu'on n'a pas sous la main ceux dont nous allons parler.

Aujourd'hui on se sert d'une façon presque exclusive des deux caustiques connus sous les noms de *pâte carbo-sulfurique* et *pâte de Canquoin*. On peut avoir recours indifféremment à l'un ou à l'autre de ces deux agents ; ils présentent des avantages et des inconvénients qui sont à peu près égaux.

La pâte carbo-sulfurique a été surtout recommandée par M. Ricord ; elle est l'analogue du caustique safrano-sulfurique de M. Velpeau, le safran y est seulement remplacé par la poudre de charbon.

Pour la préparer, on prend du charbon en poudre, et on verse dessus de l'acide sulfurique en quantité suffisante pour donner au mélange la consistance d'une pâte molle. Comme ce caustique s'altère à la longue, il est préférable de ne le préparer qu'au moment de s'en servir.

On applique cette pâte sur l'ulcère chancreux, en ayant soin seulement de lui faire un peu dépasser les contours de la plaie. Elle se dessèche bientôt et forme une croûte noire qui reste adhérente aux tissus ; on la laisse en place sans s'en occuper ; elle tombe ordinairement dans le courant du deuxième septénaire, laissant à découvert une plaie simple qui ne tarde pas à se

cicatriser; quelquefois même on trouve au-dessous de la croûte une cicatrice toute formée.

La douleur qui suit l'application de la pâte carbo-sulfurique est très-vive; elle dure un temps variable, de dix minutes à plusieurs heures. Dans quelques cas, que nous avons observés, elle a été absolument nulle, sans que nous puissions découvrir la cause de cet heureux résultat. Ce caustique agit profondément, il détruit la virulence, et, appliqué méthodiquement, il réussit d'une façon presque constante.

La pâte de Canquoin a été préconisée par les praticiens lyonnais. Dans une excellente thèse (1) soutenue devant la Faculté de Paris, un élève distingué de cette École a accumulé les arguments pour prouver la supériorité du chlorure de zinc sur le caustique de M. Ricord, mais les raisons que donne ce jeune médecin pour appuyer son dire sont pour la plupart sans valeur. Ainsi il croit que l'on ne peut avoir avec la pâte de M. Ricord un caustique toujours le même, parce que l'acide sulfurique diffère de force, que ce mélange s'altère si on le conserve; que, dans les cas où l'on veut détruire un chancre du gland, du sillon balano-préputial ou de la face interne du prépuce, on est obligé, pendant tout le temps que le caustique reste en place, c'est-à-dire pendant vingt-quatre heures, de laisser le prépuce ramené en arrière du gland; enfin que l'application de cette pâte est plus douloureuse que celle de Canquoin.

(1) Debauge. Traitement des chancres simples et des bubons chancreux par la cautérisation au chlorure de zinc; thèse. Paris, 1858.

Mais on peut se procurer facilement de l'acide sulfurique au même degré de concentration ; on évite l'altération du mélange en le préparant au moment de le mettre en usage ; jamais nous ne nous sommes vus dans l'obligation de laisser le gland à découvert après la cautérisation des parties que recouvre le prépuce ; il suffit de mettre un peu de coton par-dessus la pâte, si l'on ne veut pas attendre qu'elle se sèche naturellement, ce qui a lieu au bout de quelques instants, pour ne pas craindre de cautériser les régions voisines de la partie malade, et d'après les faits que nous avons vus, nous croyons les deux caustiques, à peu de chose près, aussi douloureux l'un que l'autre.

Quant à pouvoir prédire, à quelques millimètres près, la profondeur à laquelle s'arrêtera l'action de la pâte de Canquoin, cela nous paraît problématique, et en tout cas peu avantageux ; on arrive sensiblement au même résultat avec la pâte carbo-sulfurique. Le seul avantage véritable du chlorure de zinc, c'est, dans les cas de cautérisations très-profondes, d'éviter l'hémorrhagie, si quelques vaisseaux importants se trouvent intéressés : on sait en effet que ce sel est un excellent hémostatique.

La pâte de Canquoin se prépare avec 1 partie de chlorure de zinc anhydre et 2 parties de farine de froment. On mêle le chlorure réduit en poudre avec la farine, et l'on y ajoute de l'eau, ou mieux, de l'alcool (Bonnet), pour obtenir une pâte solide. On étend sur un marbre avec un rouleau, de façon à lui donner l'épaisseur que l'on désire.

Cette formule est presque la seule usitée. On prépare cependant des pâtes nos 2, 3, 4, 5, en ajoutant une, deux, trois, quatre fois plus de farine.

Pour s'en servir, on taille une rondelle de la forme de l'ulcère, et on l'applique à sa surface ; elle excite bientôt de la chaleur, puis de la douleur et un sentiment de brûlure ; la douleur existe pendant plusieurs heures. L'eschare est blanche, dure ; elle tombe du troisième au quatrième jour, suivant M. Debauge, du huitième au dixième, d'après M. Philippeaux (1).

Quel que soit le caustique mis en usage, si l'on veut obtenir de bons résultats, il faut avoir soin d'absterger la surface à cautériser, d'enlever toutes les humidités, et d'étendre exactement la cautérisation à tous les points malades.

Après la chute de l'eschare, il suffit d'un pansement simple. Dans les cas rares où la cautérisation n'a pas réussi, il faut recommencer.

Les caustiques conviennent à toutes les périodes du chancre, excepté à celle de réparation, c'est-à-dire au moment où il a perdu sa virulence.

La seule contre-indication à l'emploi de la cautérisation est un obstacle à l'application régulière du caustique, comme dans le cas de chancre de l'urèthre ou de phimosis, ou encore lorsqu'ils sont trop nombreux pour que l'on puisse espérer les détruire tous d'un seul coup ; les plaies se réinoculeraient alors presque fatalement, si les ulcères non cautérisés se trouvaient

(1) Traité de la cautérisation.

dans le voisinage. Lorsqu'il y a plusieurs chancres, on doit les cautériser au même moment.

Les bubons chancreux sont, dans un certain nombre de cas, justiciables des caustiques, mais il faut user des plus grandes précautions; il sera même prudent de n'avoir recours à ces agents que si les vaisseaux cruraux sont assez éloignés pour ne pas avoir à craindre de les léser. En général il sera préférable de se servir des topiques que nous allons indiquer dans les lignes suivantes.

Lorsqu'on ne peut employer la cautérisation ou que les sujets sont trop pusillanimes, il existe une série de moyens dont l'usage méthodique donne encore de solides guérisons.

Un grand nombre de topiques ont été recommandés pour le pansement des chancres; on pourra indistinctement mettre en usage : le vin aromatique, l'eau chlorurée, le nitrate d'argent en solution (0,05 centigrammes à 2 grammes pour 30 d'eau distillée), la teinture d'iode étendue, la décoction de tan, celle de quinquina, la solution ferrico-potassique (tartrate ferrico-potassique, 10 à 30 grammes; eau, 200).

Un nouveau topique, l'*alcoolé de guaco* (1), retiré de plusieurs plantes de la famille des synanthérées, peut avec avantage remplacer toutes ces substances. Ce médicament a été expérimenté par les plus célèbres praticiens de France et d'Italie, et a donné entre leurs

(1) Du Guaco et de ses effets prophylactiques et curatifs dans les maladies vénériennes, par M. Noël Pascal. Paris, 1863.

mains d'excellents résultats. On emploie l'alcoolé de guaco pur ou mêlé à l'eau en différentes proportions.

Les pansements secs sont souvent avantageux; on les fait avec de la ouate, du coton, ou même une poudre inerte comme le sous-nitrate de bismuth.

Il faut éviter avec grand soin tous les corps gras, et surtout les pommades mercurielles, qui non-seulement ne guérissent pas, mais aggravent la maladie et favorisent l'apparition du phagédénisme, l'accident le plus redoutable du chancre simple.

On renouvelle les pansements deux ou trois fois par jour, suivant l'abondance de la suppuration. On lotionne la plaie avec le liquide qui sert à la panser; il faut prendre garde de la faire saigner, de la déchirer, car chaque écorchure s'inocule et forme un nouveau chancre, ou augmente l'étendue de celui qui existe.

Le siége du chancre donne lieu à quelques considérations particulières pour le traitement. S'il est à l'ouverture du méat, on interpose entre les lèvres quelques brins de charpie chargés du liquide modificateur. Pour le chancre de l'urèthre, on emploie d'abord les injections émollientes, narcotiques, et plus tard avec le vin aromatique; on s'oppose aux érections qui amènent des déchirures, et par suite l'extension de l'ulcère, non en donnant les anti-aphrodisiaques (camphre, lupuline, belladone, digitale) qui n'ont que peu d'action, mais en administrant le bromure de potassium (0,50 centigr. par jour en solution) dont l'effet est beaucoup plus certain.

Lorsque le chancre occupe l'anus, on le panse à

l'aide de mèches, et on tient le ventre libre avec des lavements, pour éviter les déchirures.

L'ulcère contagieux, comme nous l'avons déjà dit, ne réclame pas le traitement général. Lorsque le sujet est affaibli, débilité; lorsqu'il est sous l'influence d'une diathèse comme la scrofule, la dartre, on se trouvera bien d'adjoindre au traitement local les moyens généraux qui conviennent à ces différents états. Jamais, on ne saurait trop le répéter, on ne doit soumettre aux antisyphilitiques un malade affecté d'un ou de plusieurs chancres simples; on s'exposerait à voir la maladie s'éterniser ou à faire naître l'une des complications que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

COMPLICATIONS DES CHANCRES.

Les accidents que nous allons décrire peuvent compliquer le chancre simple et le chancre infectant; seulement, ils sont fréquents avec le premier, rares avec le second. Ces complications, du reste, ne sont pas spéciales aux ulcères chancreux; on peut les rencontrer avec des plaies d'une autre nature.

Inflammation. — Avec le chancre simple il y a toujours un peu de réaction locale; mais cette réaction revêt maintes fois une assez grande intensité pour constituer une véritable complication. Alors, la rougeur qui entoure l'ulcère devient vive, s'étend au loin; en même temps, la base s'engorge, prend de la consistance;

cette dureté inflammatoire simule quelquefois l'induration. La suppuration change de caractère; elle est sanieuse; la plaie saigne au moindre contact. Une douleur marquée accompagne tous ces symptômes.

Cette complication se montre souvent avec le chancre simple; elle est ordinairement la conséquence de la malpropreté, des pansements mal faits ou irritants, ou encore d'excès de diverses sortes.

L'inflammation portée à un certain degré donne naissance à des symptômes généraux plus ou moins graves; il y a un malaise de tout le corps, de l'anorexie, de la fièvre. On combat cet accident à l'aide des antiphlogistiques. Le malade est mis au repos complet, à la diète; on entretient la liberté du ventre; l'ulcère est recouvert de topiques adoucissants, calmants; on le lotionne avec de l'eau de guimauve, de graine de lin, ou du vin aromatique additionné d'extrait d'opium, de laudanum. Lorsque l'inflammation a disparu, on met en usage les moyens indiqués pour le traitement du chancre en général.

Gangrène. — La gangrène est ordinairement la suite de l'inflammation portée à son summum d'intensité. Elle reconnaît les mêmes causes que celle-ci; seulement elles agissent avec plus de violence. Elle succède souvent aux excès alcooliques.

La gangrène apparaît sous forme de petits points brunâtres qui se réunissent rapidement. La partie sphacélée s'entoure d'un cercle rougeâtre qui établit la limite des tissus qui doivent se séparer. La partie

mortifiée prend une teinte grise ou noire; elle est molle, diffluente, insensible. Une odeur spéciale, infecte, s'exhale de la plaie. L'élimination se fait d'un seul coup, ou bien les lambeaux se détachent successivement les uns après les autres.

La chute de l'eschare laisse à découvert une ulcération simple qui se cicatrise en général assez vite.

Cet accident parcourt ses périodes en un espace de temps très-court; il suffit quelquefois de quelques heures, comme l'un de nous en a vu trois exemples remarquables, pour détruire des organes importants; dans un de ces faits, du jour au lendemain, le prépuce et le gland sont tombés en putrilage.

Dans la gangrène, il n'y a guère à espérer d'arrêter la maladie; elle se limite heureusement d'une façon toute spontanée. On met le malade à une diète légère; on le purge plusieurs jours de suite; la plaie est lotionnée souvent avec l'eau chlorurée pour enlever la mauvaise odeur, et pansée avec un mélange par parties égales de poudre de charbon et de quinquina. On favorise l'élimination de l'eschare, et lorsqu'elle commence à se séparer, on la détache avec les ciseaux. Si l'on redoutait la production d'une hémorrhagie, on aurait recours aux applications de perchlorure de fer liquide.

Diphthérite et état pultacé. — La surface des chancres se recouvre, dans certains cas, d'une couche pseudomembraneuse, ou, dans d'autres circonstances, d'une matière pulpeuse qui ressemble à la pourriture d'hôpital.

Ces altérations occupent toute l'étendue de la plaie, ou se présentent sous forme d'îlots séparés par des points au niveau desquels l'ulcère a conservé son aspect ordinaire. Ce sont des complications rares, et l'on ne saurait dire sous l'influence de quelles causes elles se montrent.

On cautérise les surfaces malades avec les caustiques que nous avons mentionnés ; le fer rouge est indiqué ici d'une manière toute particulière. Quelquefois de simples pansements avec une poudre tonique comme celle de tan, seule ou mélangée à l'alun, suffisent pour ramener la plaie à son état normal.

Phagédénisme (1). — Le phagédénisme est l'accident le plus grave qui puisse venir compliquer les chancres. Il se présente sous deux formes principales : la *forme serpigineuse*, de beaucoup plus commune, et la *forme térébrante ;* la première s'étend en surface, la seconde détruit en profondeur. Quelques auteurs ont admis des chancres phagédéniques gangréneux, diphthéritiques; mais la gangrène et la diphthérite, comme nous venons de le voir, sont des accidents spéciaux qui peuvent accompagner le phagédénisme, mais ne lui appartiennent pas en propre.

Cette complication se rencontre avec le chancre simple et avec le chancre infectant ; relativement fréquente

(1) Tout le chapitre qui se rapporte au phagédénisme n'est que la reproduction résumée d'une thèse soutenue par l'un de nous au commencement de l'année 1862 (L. Belhomme, du Chancre phagédénique et de son traitement).

dans le premier cas, elle est très-rare dans le second; c'est à tort que l'on a nié le phagédénisme qui se montre parfois sur l'ulcère primitif de la syphilis; nous avons rapporté des observations dans lesquelles des chancres infectants des mieux caractérisés ont subi cette déviation.

Cet accident a-t-il existé dans l'antiquité? Cela est probable puisque le chancre simple était connu alors; mais il est vrai de dire cependant qu'on est obligé de torturer les textes pour arriver à trouver quelques notions vagues sur cette lésion, dans les ouvrages publiés avant l'épidémie du xve siècle, ou même jusqu'au commencement du xviiie, et certes, les livres sur les maladies vénériennes ne manquent pas pendant cette longue période.

Hunter connaissait fort mal cette complication du chancre; Carmichaël en donne quelques bonnes observations; Babington fait assez bien la description des symptômes; mais il faut arriver à M. Ricord (1) pour en trouver une étude complète. M. Rodet a publié un excellent mémoire sur le sujet, et M. Putégnat a fait sur le même point d'intéressantes recherches.

Étiologie. — Le phagédénisme n'est qu'un accident du chancre. Carmichaël a voulu à tort en faire une espèce distincte. Les confrontations ont permis d'établir qu'il ne reconnaissait pas pour ascendant un chancre de même nature. M. Sperino, dans ses nombreuses

(1) Traité des maladies vénériennes. Paris, 1838.

inoculations, ne l'a jamais vu se transmettre dans son espèce. Répétées par d'autres observateurs, ces expériences ont toujours donné les mêmes résultats.

Si le phagédénisme ne se transmet pas, il faut de toute nécessité chercher dans le terrain même où il a pris naissance les causes de sa présence. En d'autres termes, tout sujet porteur d'un chancre rongeur doit présenter dans son organisation des conditions propres à l'engendrer. Or ces conditions constituent précisément les causes de cette complication; elles sont les unes locales, les autres générales.

Les causes locales sont la malpropreté, les pansements mal appliqués, l'emploi intempestif des topiques irritants, l'usage des corps gras et surtout de la pommade mercurielle. Ces causes ne sont qu'occasionnelles, elles suffisent rarement à elles seules pour amener la déviation morbide, il faut en plus une certaine prédisposition du sujet.

Les causes générales sont nombreuses, je ne signalerai que celles dont l'influence est bien établie.

Les diathèses favorisent certainement le phagédénisme, mais dans quelle limite? Il n'en est vraiment qu'une dont l'action soit fatale, c'est la scrofule; aussi rien de plus difficile à guérir que le chancre rongeur chez un scrofuleux. Boerhaave avait déjà fait cette remarque.

Le vice scorbutique paraît aussi favoriser le développement de cette lésion et contribuer à l'entretenir.

Les affections viscérales ont quelquefois une action remarquable. « C'est le plus souvent un mauvais état

27*

des voies digestives qui l'entretient (le phagédénisme) et alors c'est contre cette cause qu'il faut principalement agir; si on la laisse persister ou qu'une mauvaise médication l'aggrave, il ne faut pas espérer guérir l'ulcère syphilitique qu'elle tient sous sa dépendance» (1).

L'usage banal du mercure a quelquefois une action marquée sur l'apparition de cet accident. Tout le monde connaît l'influence des spiritueux. «L'action de l'acool, dans ce cas, dont les Anglais ont donné de si beaux exemples, est tellement prononcée, qu'on pourrait appeler ces ulcères *œnophagédéniques*» (2).

Souvent le phagédénisme trouve une explication facile dans les mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles vit le malade. Une habitation malsaine, une mauvaise nourriture, la misère, les veilles prolongées, les excès de toutes sortes, voilà autant de causes qui sont favorables à cette affection. D'après ce que nous avons observé, le phagédénisme serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Symptomatologie. — Le chancre rongeur, comme son nom l'indique, a toujours pour point de départ une ulcération de nature chancreuse; il peut donc occuper, comme celle-ci, toutes les parties du corps; cependant, comme elle aussi, il siége le plus ordinairement sur les organes génitaux ou sur une région qui en est voisine.

Il se présente sous la forme d'une ulcération de dimensions variables, plus ou moins profonde, mais ne

(1) Ricord, Traité des maladies vénériennes, 1838.

(2) Ricord, Lettres sur la syphilis.

dépassant pas, en général, la couche celluleuse sous-cutanée, ulcération qui a pour caractère de s'étendre de proche en proche en envahissant les parties voisines, affectant surtout les parties déclives, mais non d'une façon constante; il n'est pas rare en effet de lui voir braver les lois de la pesanteur.

Ses bords sont inégalement découpés, sinueux, comme festonnés; décollés dans une étendue variable, ils laissent flotter sur la plaie leurs dentelures irrégulières. Quelquefois amincis, ils sont le plus souvent épais, engorgés, durs à la base et en général douloureux. Ce gonflement est pour le praticien un excellent indice, car sa disparition annonce une amélioration prochaine. Une auréole violacée entoure les bords qui sont souvent le siége d'une démangeaison insupportable. Le fond de l'ulcère est grisâtre, recouvert dans beaucoup de cas d'une fausse membrane assez difficile à enlever. On y trouve, pour peu que la maladie dure depuis quelque temps, des îlots cicatriciels. On voit souvent aussi une large cicatrice circonscrite de toutes parts par l'ulcération phagédénique qui lui forme une véritable bordure.

La suppuration présente des caractères très-dissemblables; rarement franchement purulente, elle est ordinairement composée par un liquide sanieux, inoculable. Son abondance, plus ou moins considérable, est quelquefois assez grande pour nécessiter chaque jour des pansements plusieurs fois répétés. Dans ce dernier cas, le liquide qui s'écoule de la plaie ne serait pas inoculable d'après M. Sperino.

La douleur locale peut être nulle ou bien assez vive pour empêcher le sommeil.

Le phagédénisme n'agit guère sur l'organisme lorsque le malade se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques ; il n'en est plus de même dans le cas contraire, et c'est alors qu'on voit le patient, épuisé par une suppuration abondante, maigrir, pâlir, perdre l'appétit. La fièvre hectique ne tarde pas à se montrer ; le sommeil disparaît. En même temps, l'ulcération s'étend, fait des progrès rapides, et la mort termine bientôt la scène, à moins que des secours prompts et éclairés ne viennent sauver la victime.

Les symptômes sont les mêmes, quel que soit le point de départ de l'ulcération, qu'elle ait pris naissance sur un chancre, sur un bubon chancreux ou sur une lymphite ulcérée. La description qui précède se rapporte à la forme la plus commune du phagédénisme, au chancre serpigineux, qui s'étend en surface, guérit sur un point et en même temps en envahit un autre, à ce chancre qui, en serpentant, peut labourer une grande partie de la surface cutanée, mais reste ordinairement superficiel.

Il existe une autre variété, beaucoup plus rare, à marche souvent rapide, c'est l'ulcère térébrant qui détruit en profondeur. Les couches profondes ne sont plus respectées ; envahies par l'ulcère, détruites bientôt, elles laissent à découvert les vaisseaux, les nerfs, quelquefois même les os.

Il n'est pas rare de voir le chancre rongeur s'arrêter dans sa marche envahissante lorsqu'il atteint des tissus

hétérogènes. Nous avons observé un de ces ulcères qui, parti de l'aine, après avoir labouré la partie inférieure de l'abdomen, était descendu sur la cuisse, puis de là avait gagné le périnée. Après quelques mois d'un état stationnaire, il reprit sa marche, s'étendit à la rainure interfessière et finit par atteindre la muqueuse de l'anus. On craignit un instant qu'en fuyant vers l'intestin, il ne commît des désordres graves; il n'en fut rien, et ce chancre, que rien jusque-là n'avait pu détruire, s'arrêta de lui-même en abordant la muqueuse. La cicatrisation qu'on cherchait en vain à obtenir depuis de si longs mois se fit spontanément en quelques semaines.

Marche, durée, terminaisons. — La marche du phagédénisme est variable. La variété serpigineuse est essentiellement chronique; la forme térébrante détruit parfois les tissus avec une rapidité très-grande. Rien de plus capricieux, du reste, que cet ulcère contagieux; il n'est pas rare de le voir rester stationnaire des mois entiers, en dépit des traitements les plus rationnels, puis reprendre tout à coup, sans cause connue, son caractère envahissant.

Il est impossible de lui assigner une durée même approximative, et, tant qu'il reste un point malade, l'affection peut être encore loin de la guérison. Cependant on peut dire que l'ulcère phagédénique guérit en général en un à trois mois; mais on ne doit pas oublier que s'il existe des cas malheureusement rares de guérison survenue en quelques jours, il en est d'autres dans lesquels on a en vain cherché à l'obtenir pendant des années

entières. Tout le monde connaît cette observation rapportée par M. Ricord, d'un chancre phagédénique qui fournissait encore un pus inoculable après sept ans de durée.

La terminaison ordinaire est la guérison lorsqu'on emploie un traitement convenable.

Pronostic. — La complication phagédénique est toujours grave, non pas, comme on le croyait autrefois, qu'elle annonce un virus plus fort (nous savons aujourd'hui qu'elle ne constitue pas un chancre d'une espèce particulière, mais seulement un accident du chancre); non pas encore, comme l'admettent beaucoup d'auteurs modernes, à la tête desquels on peut placer M. Bassereau, que cette déviation, lorsqu'elle se montre avec le chancre infectant, soit l'indice d'une vérole d'une grande intensité, ce qui est très-contestable; mais elle est grave, parce que la cause en est inconnue, grave parce qu'elle peut détruire des organes importants malgré les traitements les plus actifs, grave enfin parce que, lorsqu'elle est établie, il est impossible de lui assigner des limites soit en durée, soit en destruction.

Le pronostic variera du reste suivant une multitude de causes dont l'influence est facile à saisir : le siége de l'ulcération, son étendue; la débilitation du sujet, les conditions mauvaises au milieu desquelles il vit.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile; l'aspect de cette affection a quelque chose de tellement caractéristique qu'on l'oublie difficilement.

La syphilide tuberculo-ulcéreuse a quelquefois été confondue avec cet accident; on la reconnaîtra aux caractères que nous avons donnés au chapitre de cette lésion (1). Dans les cas embarrassants, l'inoculation lèverait immédiatement tous les doutes.

Dans les maladies cutanées infantiles, certaines ulcérations ressemblent en tous points au chancre phagédénique. Le diagnostic est embarrassant, si l'on ne tient compte que des signes locaux; mais il suffira de se rappeler que le chancre rongeur est très-rare à cet âge, tandis que les affections ulcéreuses cachectiques sont au contraire très-fréquentes, comme l'a fait remarquer M. Caillaut (2) dans son excellent livre.

Certaines scrofulides à éléments tuberculeux ont pu en imposer à des praticiens inexpérimentés : la forme des tubercules, leur siége, l'aspect des ulcérations et des croûtes, les phénomènes antécédents et concomitants, la marche de l'affection et même les caractères des cicatrices, sont autant de signes qui suffisent au médecin pour l'éclairer sur la nature de la maladie.

Traitement. — Le traitement du phagédénisme est local et général. Nous nous occuperons d'abord du premier, auquel nous accordons une grande prééminence sur le second.

Le *traitement local* se compose de topiques très-diffé-

(1) Page 211.
(2) Traité des maladies cutanées chez les enfants. Paris, 1859.

rents, mais parmi eux on en trouve une classe particulière qu'on doit placer au premier rang, ce sont les caustiques.

On peut répéter pour le chancre phagédénique ce que nous avons dit du chancre simple : la conduite à suivre est nettement indiquée, il faut réduire l'ulcération à l'état de plaie simple, or cette indication est parfaitement remplie par la cautérisation.

Existe-t-il un caustique particulier qui atteigne sûrement le but qu'on se propose, auquel on puisse se fier dans tous les cas avec certitude? Eh bien! nous ne craignons pas de le dire, ce spécifique n'existe pas, il est encore à trouver. Tous les caustiques énergiques sont égaux devant le phagédénisme, seulement il faut les varier, n'avoir une foi aveugle dans aucun, et savoir que si tous peuvent guérir, tous aussi peuvent échouer dans des cas en apparence semblables; de plus, il faut l'avouer, il serait impossible au plus habile, un chancre phagédénique étant donné, de déterminer *a priori* quel agent amènera le plus sûrement un résultat heureux, trop souvent on ne peut arriver au but qu'après des tâtonnements répétés.

Un grand nombre de caustiques ont été employés, quelques-uns seulement sont restés dans la pratique; le fer rouge, vanté outre mesure par M. Rollet, le caustique carbo-sulfurique, le chlorure de zinc, la pâte de Vienne. Beaucoup d'autres pourraient être mis en usage; on doit seulement avoir le soin de ne choisir que des caustiques profonds, et, en règle générale, il faut cautériser largement, étendre la cautérisation à

tous les points malades, et même à quelques millimètres au delà de l'ulcère.

Après les cautérisations, on a recours à des pansements qui varient un peu avec l'agent dont on s'est servi. Le fer rouge exige, pendant deux ou trois jours, des applications d'eau froide; puis ensuite on emploie le vin aromatique, l'eau chlorurée, le nitrate d'argent en solution, etc.

On attendra, avec les autres caustiques, la chute des eschares, et on usera des mêmes topiques pour panser les plaies qu'elles laisseront à nu.

Malgré les cautérisations les mieux faites, les plus méthodiques, un certain nombre d'ulcères phagédéniques ne guérissent pas, ils restent stationnaires, ou bien s'étendent, se cicatrisent sur un point, mais pour envahir d'un autre côté; le praticien sera-t-il complément désarmé pour cela? non, car il existe un second ordre de moyens moins importants sans doute que les précédents, mais qui pourront, dans bon nombre de cas, conduire au résultat cherché; employés par des auteurs recommandables, ils ont guéri là où d'autres agents plus actifs avaient échoué.

Le tartrate ferrico-potassique, en pansement et donné en même temps à l'intérieur, a produit entre les mains de M. Ricord d'excellents résultats. Le stéarate de fer préparé d'après la formule de M. Braille (stéarate de fer, 40 parties; huile essentielle de lavande, 5 parties), le chlorure de zinc en solution étendue, l'irrigation continue, la compression, ont rendu de grands services dans certains cas. On bannira

des pansements tous les corps gras, et en particulier les onguents où il entre du mercure.

Le *traitement général* est un auxiliaire utile du traitement local, mais on ne doit pas lui demander plus. Il faut surtout se garder de croire que le chancre phagédénique est dû à un virus d'une espèce spéciale, car alors on serait tenté d'administrer les spécifiques, et on commettrait une grande faute.

Ce qui fait le phagédénisme, c'est la disposition générale, « d'où il résulte qu'en corrigeant cette disposition, en neutralisant la cause prédisposante, c'est-à-dire l'un des éléments importants de la maladie, on doit agir efficacement sur le chancre et le guérir. Mais comment modifier dans ce sens la constitution » (1)?

On arrive difficilement au but avec le traitement général; nous nous associons parfaitement à l'opinion du chirurgien lyonnais sur ce point. La thérapeutique interne, employée seule, est le plus souvent insuffisante; mais nous croyons qu'en l'associant au traitement local, elle peut rendre des services dont on ne doit jamais se priver dans une affection d'une guérison souvent si longue à obtenir.

Les indications sont fournies par l'état général du malade; s'il est affaibli, débilité, on aura recours aux toniques, aux corroborants sous toutes les formes; s'il est sous l'influence d'une diathèse, on la combattra par des moyens appropriés.

Entre les mains de M. Rodet, l'opium à hautes doses

(1) Rollet, loc. cit., p. 532.

a donné des succès. M. Auzias a voulu guérir le phagédénisme à l'aide de la syphilisation, mais ses tentatives n'ont pas été heureuses.

Nous devons, en terminant, appeler l'attention sur l'heureuse influence qu'on peut parfois retirer du changement de climat, et surtout du passage d'un pays froid dans un pays chaud.

BUBON VÉNÉRIEN

On donne le nom de bubon à l'engorgement des ganglions lymphatiques.

On réservait autrefois cette dénomination, comme l'indique l'étymologie grecque (βουβὼν, aine), pour les tumeurs formées par les ganglions de l'aine. Aujourd'hui on désigne plus généralement sous le nom d'adénite, de ἀδὴν, glande, l'inflammation des ganglions lymphatiques. En syphiliographie, cependant, l'expression de bubon est restée; nous la conserverons, mais nous emploierons concurremment celle d'adénite dans le cours de la description. Nous nous occuperons exclusivement, dans ce chapitre, du bubon qui accompagne le chancre simple; ce bubon est toujours inflammatoire.

Étiologie. — Toute plaie peut donner naissance à un bubon, et l'adénite a d'autant plus de chances de se montrer que la région où siége la perte de substance est plus riche en vaisseaux lymphatiques.

La cause première du bubon qui apparaît à la suite du chancre simple est la plaie chancreuse elle-même, seulement l'ulcération peut agir comme cause d'irritation simple, à la façon d'une plaie ordinaire, et c'est

heureusement le cas le plus fréquent, on a alors une adénite simple (*adénite sympathique*); ou bien, au contraire, à l'action irritante se joint l'absorption du liquide spécifique qui baigne la surface de l'ulcère, et on a une adénite virulente qui suppure fatalement et donne naissance à un chancre ganglionnaire.

Certaines circonstances favorisent l'apparition du bubon, mais elles n'appartiennent pas d'une façon particulière à la classe d'adénite qui nous occupe; ce sont la constitution écrouelleuse, les fatigues de toutes sortes, la station debout longtemps prolongée, etc.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes sont sensiblement les mêmes, que le bubon soit simple ou virulent, ce sont ceux de l'adénite inflammatoire.

Le premier signe de l'affection est une augmentation de volume d'un ou de plusieurs des ganglions dans lesquels se rendent les vaisseaux lymphatiques de la région où siége le chancre. Il est facile de reconnaître sous la peau des tumeurs dures, roulant sous le doigt. Il y a en même temps un sentiment de gêne, de tension, dans la partie malade; la douleur se montre ensuite, faible au début, elle peut rester peu marquée pendant toute la durée de la maladie (forme subaiguë), mais, le plus souvent, elle augmente peu à peu d'intensité et devient bientôt excessivement vive (forme aiguë).

L'inflammation ne tarde pas à s'étendre au tissu cellulaire environnant; il devient alors difficile de distinguer le ganglion lui-même (il n'y en a ordinairement qu'un

seul de malade). En ce moment le mal est diffus, mais des élancements se montrent dans la tumeur ; la peau est rouge, douloureuse ; le mal se limite ; la tumeur forme une saillie rouge, violacée, d'un volume variable, présentant une consistance pâteuse. A une époque plus avancée, elle se ramollit, devient fluctuante ; son sommet présente un point où la peau amincie se laisse facilement déprimer ; ce point blanchit, la peau se perfore à son niveau, et il s'écoule par l'ouverture un liquide plus ou moins franchement purulent.

Une fois la tumeur ouverte, l'affection suit une marche toute différente suivant qu'elle est simple ou virulente.

Les phénomènes généraux qui accompagnent le bubon vénérien sont ceux de l'inflammation ; ils sont ordinairement peu accentués ; il existe de la fièvre, un malaise général, de l'inappétence, les urines sont rares ; ces symptômes sont plus intenses dans la forme aiguë.

Marche, durée, terminaison. — Le bubon vénérien a toujours une marche aiguë ou subaiguë ; l'adénite indolente appartient à la vérole ou à d'autres maladies constitutionnelles. Que l'engorgement ganglionnaire soit simple ou virulent, la marche de l'affection est sensiblement la même jusqu'au moment de l'ouverture de la tumeur, qui a toujours lieu dans le cas de bubon virulent, et qui est au contraire exceptionnelle lorsque l'inflammation n'est que sympathique.

La première période a une durée qui varie de quatre ou cinq jours à deux ou trois septénaires. Elle peut se

terminer par résolution, même à une époque très-avancée, lorsque le pus est déjà bien collectionné, la peau amincie, si l'adénite est simple; ou par suppuration, terminaison constante de l'engorgement virulent.

Si l'affection est simple, le bubon une fois ouvert laisse échapper un pus bien lié, les bords de la plaie ont une grande tendance à se réunir, et la guérison a souvent lieu en huit ou quinze jours.

Lorsque l'adénite est virulente, les bords de l'ouverture spontanée ou artificielle du bubon se renversent en dehors, prennent un aspect chancreux, et la plaie se transforme en chancre ganglionnaire, en tous points semblable à l'ulcération qui lui a donné naissance, présentant exactement les mêmes caractères extérieurs, et fournissant comme elle un pus inoculable.

M. Ricord a signalé un fait particulier de la marche de la maladie, qui pourrait, au premier abord, en imposer à un esprit non prévenu. Nous avons dit déjà que l'inflammation ganglionnaire se communique assez rapidement au tissu cellulaire environnant, et il arrive parfois que lors de l'ouverture, le pus virulent reste isolé dans la coque que lui forme le ganglion, et que le liquide est fourni seulement par le tissu cellulaire, il est alors simple et non inoculable; lorsque plus tard, l'enveloppe de la glande se perfore à son tour, le pus donne avec la lancette un résultat positif; l'explication de ces faits est facile : dans le premier cas, on a un pus simplement phlegmoneux; dans le second, un pus virulent.

Le chancre ganglionnaire suit la marche ordinaire du chancre simple; comme il est plus étendu, il est plus exposé aux complications, et il est souvent le point de départ du phagédénisme. Plusieurs d'entre elles lui sont communes avec les chancres des autres régions; nous les avons étudiées plus haut.

Le bubon peut présenter d'autres complications importantes à connaître; ce sont elles qui offrent les plus grandes difficultés pour le traitement.

L'amincissement et le décollement de la peau sont les plus fréquents de ces accidents. Ils se montrent surtout dans les cas où l'on a trop attendu pour ouvrir la tumeur, ou bien lorsque l'ouverture a été abandonnée à la nature. Le décollement a une étendue variable; lorsqu'il existe seul, on peut obtenir le recollement de la peau; s'il y a en même temps amincissement de l'enveloppe cutanée, si elle est violacée, livide, il faut la détruire quand on ne veut pas faire attendre la guérison au malade pendant de longs mois.

On trouve maintes fois à la surface de la plaie ganglionnaire des lambeaux qui flottent sur ses bords ou qui forment des espèces de ponts qui s'étendent d'un point à un autre; ces parties jouent le rôle de corps étrangers, et entretiennent une suppuration interminable. D'autres fois encore, celle-ci est entretenue par la dureté, l'irrégularité des bords de la plaie.

De tous les accidents qui peuvent se montrer pendant la durée ou à la suite des bubons, les plus fréquents encore sont les fistules. Tantôt elles sont simples, tantôt à plusieurs branches; elles sont uniques ou mul-

tiples; ici elles cheminent sous la peau, ailleurs elles pénètrent plus ou moins profondément. Ces trajets fistuleux prennent leur origine au niveau des bords de la plaie, sous la peau, s'étendent quelquefois en ligne droite, plus souvent en traçant un trajet sinueux; elles se terminent en cul-de-sac, conduisent dans les clapiers anfractueux; leur guérison est difficile à obtenir, et l'on voit de ces fistules s'éterniser en dépit des traitements les plus rationnels.

Siége. — Partout où il existe un chancre, celui-ci peut donner naissance à une adénite. La fréquence des chancres de la verge explique pourquoi c'est presque exclusivement aux aines qu'on observe le bubon vénérien. Il est presque toujours formé par une seule glande, occupe d'une façon presque constante le ganglion le plus interne et le plus superficiel lorsque l'ulcération siége aux organes génitaux, le plus externe au contraire, lorsqu'elle existe à la région anale.

Fréquence. — La pléiade ganglionnaire accompagne *toujours* le chancre infectant, mais le bubon suppuré manque souvent avec le chancre simple; il est absent deux fois sur trois, et lorsqu'il existe, c'est le plus ordinairement sous forme d'adénite simplement inflammatoire; le bubon virulent ne s'observe guère qu'une fois sur six.

M. A. Fournier a rencontré sur 207 chancres simples, 65 chancres avec bubon, et 142 sans bubon.

L'un de nous, sur un relevé fait à l'hôpital du Midi, en 1861, a trouvé sur 78 chancres simples :

29 avec bubon. . . . . { 10 virulents. 19 simples.
49 sans bubon.

Le bubon est bien moins fréquent chez la femme que chez l'homme.

Diagnostic. — Il semble que les auteurs se soient plu à exagérer les difficultés du diagnostic du bubon vénérien ; sans doute, ce bubon n'a par lui-même aucun signe pathognomonique qui puisse faire reconnaître sa nature ; les symptômes locaux qu'il présente, surtout avant son ouverture, ne diffèrent en rien de ceux des adénites inflammatoires ; mais, si l'on remonte à l'origine de la tumeur, si l'on tient compte de la cause qui lui a donné naissance, la question se simplifie singulièrement. Il est exceptionnel de rencontrer un bubon sans trouver plus ou moins loin de lui, en interrogeant avec soin les régions environnantes, la lésion cause première de son apparition ; or c'est précisément cette lésion qui donnera la clef du diagnostic ; à une plaie simple, succède une adénite inflammatoire ; à un chancre, un bubon sympathique ou virulent. Quant à distinguer ces deux dernières espèces l'une de l'autre, cela est impossible dans l'état actuel de la science. Au moment de l'ouverture de la tumeur, on reconnaît facilement la nature du bubon à l'aide de l'inoculation ; au bout de quelques jours, le diagnostic est éclairci par la marche différente de l'affection dans les deux cas : la plaie est simple, si lebubon est un simple retentissement inflammatoire; elle devient chancreuse, s'il est virulent.

Le diagnostic de l'adénite qui reconnaît pour cause le chancre simple est facile; les choses se présentent presque toujours sous l'aspect suivant : il existe sur les organes génitaux ou à l'anus une ulcération molle, et en même temps une tumeur inguinale formée par un ganglion unique et superficiel. Les cas véritablement embarrassants sont ceux dans lesquels le chancre a disparu, et où il ne reste plus que le bubon; ces cas, il faut en être prévenu, en imposent souvent pour des bubons d'emblée; il n'est pas très-rare, en effet, qu'une ulcération molle disparaisse en quelques jours; malgré ce peu de durée, le retentissement ganglionnaire a eu lieu; il est alors difficile de remonter à la cause, le chancre a pu passer inaperçu du malade, on n'en retrouve plus de traces. Le diagnostic est impossible dans ces circonstances, on doit se conduire comme si l'on avait affaire à une adénite simple.

L'adénopathie syphilitique a des caractères tellement spéciaux, qu'on ne peut guère la confondre avec le bubon vénérien. On trouve avec le chancre infectant non plus un seul ganglion, mais plusieurs, c'est une véritable pléiade ganglionnaire, comme l'a si bien établi M. Ricord, c'est-à-dire plusieurs ganglions durs, indolents, roulant sous le doigt. Dans quelques cas rares, un de ces ganglions peut s'enflammer et suppurer; mais, outre que ce fait est tout à fait exceptionnel, on constate toujours à côté du ganglion suppuré les autres glandes indurées spécifiquement, et le pus n'est point inoculable au malade.

L'adénite idiopathique, c'est-à-dire celle qui succède

à une violence directe, ou encore celle qui s'observe à la suite d'une plaie simple, n'ont aucun caractère local qui permette de les distinguer du bubon vénérien, mais le diagnostic devient très-facile si l'on remonte à la cause.

Les engorgements scrofuleux des ganglions lymphatiques sont liés à des éruptions de même nature dont elles ne sont que le retentissement, ou ils existent comme seule lésion actuelle de la diathèse. Dans le premier cas, il suffit de reconnaître la nature de l'éruption pour avoir celle de l'adénite ; dans le second, les difficultés sont plus grandes. Cependant, en tenant compte de l'âge du sujet, du siége de l'engorgement, de son aspect extérieur, de sa marche, on arrivera presque toujours à savoir la vérité. Le bubon scrofuleux siége habituellement au cou, il occupe rarement un seul ganglion, il a toujours une marche subaiguë ou complétement chronique. La tumeur qu'il engendre est formée par plusieurs ganglions, elle est multilobée, on distingue souvent avec facilité chacune des glandes engorgées qui forme une saillie violacée, la pression est rarement très-douloureuse, enfin on ne retrouve aucune trace de chancre.

Dans certaines circonstances, le chancre est l'occasion de l'apparition de bubons écrouelleux. Il sert de cause occasionnelle ; les deux maladies se compliquent et le praticien doit savoir distinguer les éléments qui appartiennent à chacune d'elles, afin de pouvoir les combattre avec fruit.

On a confondu, à la région inguinale, le bubon

vénérien avec une hernie, un anévrysme, la tumeur formée par le testicule arrêté dans l'anneau, des kystes, des tumeurs graisseuses, etc., mais il suffit d'être prévenu de ces causes d'erreur pour les éviter. Le diagnostic serait plus embarrassant si l'une de ces affections existait en même temps que le bubon.

Pronostic. — Le bubon vénérien présente une gravité toute différente suivant qu'il est sympathique ou virulent; l'adénite simple guérit d'ordinaire facilement; l'adénite virulente engendre le chancre ganglionnaire, qu'il est souvent difficile de mener à bien.

Dans tous les cas, c'est une affection locale; aujourd'hui l'on n'a plus besoin d'avoir recours à l'explication des anciens, de dire que le bubon suppuré est un émonctoire qui laisse écouler le virus au dehors; l'on sait qu'il accompagne le chancre simple, qui lui-même est une maladie n'ayant d'autre rapport avec la syphilis que son siége fréquent aux organes génitaux.

Lorsqu'on a affaire à un chancre mixte, on retrouve les caractères des deux maladies à la région inguinale, en avant l'adénite suppurée qui donne un pus inoculable si elle est virulente, en arrière ou si l'on aime mieux au-dessous, la pléiade avec tous ses signes, de même qu'au point où siége l'ulcération on constate qu'il existe superficiellement un chancre simple à pus contagieux et au-dessous de lui une induration plus ou moins accentuée (1).

(1) Voir chancre mixte, p. 106.

Traitement. — Il est impossible de reconnaître avant l'ouverture de la tumeur si elle est virulente ou non. Le bubon virulent arrive fatalement à la suppuration ; l'adénite sympathique est beaucoup plus fréquente, et dans plus de la moitié des cas, elle se termine par résolution. En présence d'un bubon vénérien, on doit donc toujours tenter d'en obtenir la disparition sans qu'il suppure.

Ce simple énoncé explique suffisamment l'innombrable quantité de moyens qui ont été préconisés tour à tour pour la guérison de cette affection. Aucun n'est bon contre l'adénite d'absorption qui suit une marche fatale, tous peuvent réussir contre le bubon sympathique qui a une tendance naturelle à la résolution. Si les expérimentateurs avaient tenu compte de ces différences, ils auraient eu moins d'engouement pour les procédés divers de traitement qu'ils ont proposés.

Nous allons examiner successivement la conduite à suivre avant et après l'ouverture de la tumeur.

1° Le bubon vient d'apparaître, une simple augmentation de volume et un peu de douleur existent, que fera-t-on ? On prescrit le repos complet, une diète légère, quelques dérivatifs, et localement les topiques émollients, tels que cataplasmes de farine de lin, de mie de pain, de fécule. *Jamais* on ne doit appliquer de sangsues sur un bubon vénérien, les avantages qu'elles présentent sont problématiques, et les inconvénients, si l'on a affaire à une adénite virulente, ce que l'on ne peut savoir

d'avance, sont incalculables, les piqûres pouvant se transformer en autant de chancres.

2° Le bubon forme une tumeur facilement appréciable, rouge, chaude, douloureuse. Ici les mêmes moyens sont mis en usage, et lorsque l'inflammation est tombée, on y joint les révulsifs locaux, qui conviennent surtout dans le cas suivant.

3° La tumeur se présente sous l'aspect d'une saillie rouge vif ou violacé ; elle est encore dure à la circonférence, mais elle commence à se ramollir au centre. Le traitement local, lorsque l'adénite est arrivée à cette période, doit être plus énergique ; on accordera peu aux émollients, et à moins que les symptômes réactionnels ne soient trop violents, on aura recours aux résolutifs locaux.

Un grand nombre d'agents ont été proposés pour amener la résolution des bubons ; plusieurs méthodes ont été vantées, nous allons les décrire, en commençant par la plus importante, celle de M. Pirondi (1), à laquelle nous donnons la préférence sur toutes les autres ; on procède de la façon suivante à son application :

Le premier jour, on place sur la tumeur un vésicatoire qui en dépasse un peu les contours ; le lendemain et les jours suivants, la partie vésiquée est badigeonnée avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode pure ou mélangée à partie égale d'eau si la sensibilité du malade est trop grande.

(1) Société de chirurgie, 1855.

Ce traitement est douloureux ; la douleur est surtout vive lors de la première application de teinture, mais elle est moins marquée les jours suivants.

Il arrive assez souvent qu'il se forme sur la tumeur, à la suite de ces badigeonnages, une couche résistante, ressemblant à une feuille de parchemin ; il faut avoir soin de l'enlever, avant d'appliquer la solution caustique, si l'on veut que le remède agisse convenablement.

Ce mode de traitement, outre l'action résolutive énergique qu'il exerce sur la tumeur, paraît avoir, sur le liquide purulent lui-même, une action avantageuse, il le collectionne, s'oppose ainsi à sa diffusion dans les parties voisines et par conséquent aux décollements. De plus, lorsque la suppuration a lieu en dépit de son emploi, on remarque souvent que c'est un liquide simplement séreux qui sort par la plaie à la place du pus ; enfin, grâce à cette méthode, la cicatrisation s'obtient en général en peu de temps.

Après le procédé de M. Pirondi, que l'un de nous a vu employer sur une large échelle à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. le Dr Cullerier, celui que nous plaçons au second rang comme importance est la compression. On a proposé pour l'appliquer différents appareils, depuis le bandage jusqu'à la planchette inventée par un élève de M. Ricord ; mais la plupart sont défectueux. La meilleure compression est encore celle qui est faite avec une bande bien appliquée. A l'aine, en particulier, où se rencontre d'ordinaire le bubon, on se trouve bien du spica simple ou double suivant les cas ; c'est un bandage solide, que le

malade peut s'appliquer lui-même au bout de quelque temps, et qu'on peut laisser en place pendant un certain nombre de jours sans qu'il se dérange. On place, immédiatement sur la tumeur, des compresses graduées ou des disques d'agaric, que les tours de bande viennent recouvrir et maintiennent.

La compression, bien faite, amène souvent la résolution prompte de l'adénite ; elle a de plus le grand avantage de permettre au malade de vaquer à ses affaires ; aussi doit-on se faire une règle de l'appliquer dans presque tous les cas ne serait-ce que comme adjuvant des autres moyens mis en usage.

On a expérimenté un grand nombre d'autres procédés pour obtenir la résolution des bubons ; aucun nei nous a paru réussir aussi bien que le vésicatoire un à la teinture d'iode, et aidé d'une légère compression. M. Malapert vésique le centre de la tumeur ganglionnaire, et panse la plaie avec une solution de 1 gramme de sublimé pour 30 grammes d'eau ; une eschare se forme bientôt, on la détache à l'aide de cataplasmes émollients ; le pus fuse alors sur les côtés, et en même temps, les parois du foyer se recollent.

M. M. Robert use avec succès des mouchetures multiples, 3 à 10, faites à la surface de la tumeur avec la pâte de Vienne.

On a eu recours au fer rouge, et tantôt on a employé la cautérisation transcurrente, tantôt la cautérisation ponctuée. M. Broca (1) a obtenu de bons effets des

(1) Académie de Médecine, 1856.

ponctions multiples faites dès le début de l'adénite.

4° Le bubon forme une poche purulente, fluctuante dans tous ses points, avec amincissement de la peau.

On peut encore, dans ce cas, obtenir la résorption du pus ; nous avons vu des bubons arrivés à cette période, et qui semblaient sur le point de s'ouvrir, se résoudre complétement sous l'influence du traitement que nous avons indiqué plus haut ; c'est là l'exception, et il est plus prudent, dans ces circonstances, d'avoir recours à l'ouverture de la tumeur, que d'en tenter la résolution, car on ne le fait qu'en s'exposant à de vastes décollements de la peau, qui demandent ensuite un long espace de temps pour arriver à la guérison.

On s'est décidé à ouvrir le bubon ; quel procédé doit-on employer? aura-t-on recours aux caustiques? et dans ce cas, donnera-t-on la préférence à la potasse ou à la pâte de Vienne ; ou encore, comme le fait M. Reynaud, de Toulon, à de petits cautères rougis à blanc? ou bien se servira-t-on de l'instrument tranchant? et là encore, l'on devra choisir entre l'incision simple, les ponctions sous-cutanées de M. J. Guérin, les ponctions multiples vantées par Vidal (de Cassis), et le séton de M. Leriche.

On a surtout préconisé l'emploi des caustiques pour l'ouverture des bubons, en se proposant d'éviter par ce moyen l'inoculation des bords de la plaie lorsque l'adénite est virulente, et aussi pour favoriser le recollement de la peau au tissu sous-jacent, mais ces espérances sont rarement réalisées, et dans les cas où

nous avons vu employer les caustiques, les choses se sont passées à peu près comme dans l'ouverture avec l'instrument tranchant. Nous en exceptons à peine le procédé de M. Robert, qui, au premier abord, a quelque chose de séduisant; ce praticien applique de la pâte de Vienne sur la tumeur, puis, lorsque l'eschare est formée, «il opère une incision cruciale sur la partie escharifiée, il excise les quatre angles qui résultent de cette incision, pratiquant ainsi une solution de continuité qui reste béante, et qui donne une issue facile au pus. L'avantage de cette pratique est de laisser l'eschare longtemps adhérente à la peau qui doit, plus tard, circonscrire l'ouverture du foyer, et de la protéger contre le contact du pus, qui, dans le cas où il est virulent, pourrait l'inoculer; lorsque la portion adhérente de l'eschare se détache, les bords de la peau sont en quelque sorte cicatrisés, et résistent très-bien à l'action virulente de la sécrétion.»

Quant aux différentes modifications proposées pour remplacer l'incision simple, nous les rejetons, car elles ne présentent aucun avantage sérieux, et elles peuvent avoir de grands inconvénients; les ponctions multiples, si le bubon est virulent, se transforment en autant de chancres; il en est de même des ouvertures du séton. La ponction sous-cutanée elle-même, dans le cas d'un bubon d'absorption, facilite son extension et le décollement de la peau dans une plus grande étendue.

Ces différents procédés peuvent offrir des avantages dans les adénites simples, strumeuses et autres; mais,

pour le bubon vénérien, ce bubon qui peut être virulent sans qu'il soit possible de le prévoir avant l'ouverture, nous préférons toujours employer l'incision simple.

Il ne faut pas trop attendre, et, afin d'éviter les décollements trop étendus, on doit inciser aussitôt que la fluctuation est évidente ; on choisit, pour plonger le bistouri, le point le plus saillant de la tumeur ; il n'est pas nécessaire que l'incision soit étendue, à moins de décollement de la peau.

5° Le bubon est ouvert. L'ouverture a été spontanée ou faite par la main du chirurgien ; dans les deux cas, on donne au malade un grand bain, au sortir duquel une mèche est introduite entre les lèvres de l'incision ; un cataplasme émollient est appliqué sur la tumeur, on le renouvelle deux fois par jour, et chaque fois on facilite la sortie du pus par de douces pressions.

Si l'inflammation est vive, on continue les émollients pendant quelques jours, et on les remplace alors par les résolutifs légèrement caustiques ; lorsqu'elle est de médiocre intensité, on peut les employer dès le lendemain de l'ouverture de la tumeur :

On charge une seringue de teinture d'iode, mêlée à partie égale d'eau, et on injecte ce liquide dans l'intérieur de la tumeur ganglionnaire; on le laisse en contact avec ses parois pendant une minute environ, et on le fait sortir ensuite à l'aide d'une pression légère.

Ce premier temps de l'opération accompli, on procède à l'application de compresses graduées sur la tumeur ; on les maintient en place avec une bande qui

exerce une compression douce. Il est rare que la suppuration soit assez abondante pour s'opposer à l'emploi du bandage compressif, et dans ce cas même, on pourrait laisser une ouverture qui permettrait l'écoulement du pus.

Les injections iodées ont été recommandées par M. Reynaud, de Toulon (1); elles sont préférables à toutes celles qui ont été données pour les remplacer, telles que les injections de vin, de nitrate d'argent en solution, etc.

L'injection est renouvelée chaque jour; peu à peu on augmente la proportion d'iode de manière à arriver au bout de quelques jours à l'employer pur.

Dans le cas où la teinture ne peut être supportée, on s'en tient aux émollients unis à la compression, mais ordinairement les malades s'y habituent assez vite.

Si les bords de la plaie deviennent chancreux, le traitement à mettre en usage est celui du chancre tel que nous l'avons indiqué. Le chancre ganglionnaire, en effet, ne diffère du chancre simple que par son étendue.

Jusqu'ici, nous avons toujours supposé que l'affection a suivi une marche aiguë ou subaiguë, c'est en effet la règle pour le bubon vénérien; mais il arrive aussi que l'adénite, une fois ouverte, ne guérit pas, bien que la plaie ne soit pas devenue chancreuse. Ce retard peut tenir à diverses causes que nous avons signalées déjà : les décollements de la peau, sa mortification dans certains points; les trajets fistuleux plus ou

(1) Loc. cit.

moins étendus, plus ou moins profonds; l'irrégularité de la plaie, la dureté de ses bords, les lambeaux qui flottent à sa surface; ailleurs encore, l'ouverture s'est cicatrisée en partie, il ne reste plus qu'un simple pertuis qui fournit sans cesse un liquide séreux ou séro-purulent que rien ne peut tarir.

Dans tous ces cas, les topiques n'ont qu'une influence lente, et souvent insignifiante; il faut avoir recours à d'autres moyens. Si la peau est décollée dans une certaine étendue, et trop amincie pour que l'on puisse espérer la voir revivre, on l'enlève à l'aide du bistouri, des ciseaux ou des caustiques; on met la plaie à découvert en détruisant les ponts qu'elle forme; si les bords de la plaie sont irréguliers, on les régularise; s'ils sont durs, on les excise; on agit de même pour les lambeaux de peau qui jouent le rôle de corps étrangers, et entretiennent une suppuration interminable.

Lorsqu'il y a un trajet fistuleux, et qu'on a employé inutilement les injections irritantes et la compression, il faut le mettre à découvert, enlever les bords, et l'on obtient ainsi des guérisons rapides.

Le traitement général est simple dans les bubons vénériens qui accompagnent soit l'ulcère contagieux, soit la blennorrhagie; il se compose de bains, de purgatifs salins répétés deux ou trois fois par semaine, et joints à une diète légère et à des boissons rafraîchissantes.

Il arrive maintes fois que l'adénite vénérienne se montre chez des scrofuleux, on s'adressera alors au traitement de la scrofule, et on administrera l'huile

de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, la ciguë, unis à une alimentation réparatrice.

Jamais le *bubon vénérien* ne réclame le traitement antisyphilitique, un seul cas excepté, c'est lorsqu'il est symptomatique d'un chancre mixte, mais alors c'est contre la diathèse qui existe concurremment avec lui qu'on agit, et non contre le chancre simple et le bubon chancreux.

Tant qu'on a l'espérance d'obtenir la résolution du bubon, on doit faire garder le repos au malade; une fois la suppuration établie et l'adénite ouverte, il est préférable de lui permettre un exercice modéré, et de ne pas le condamner à rester à la chambre.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES VÉNÉRIENNES

AFFECTIONS BLENNORRHAGIQUES

I

DE LA

BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME

La blennorrhagie est une affection de nature contagieuse, caractérisée par une sécrétion de muco-pus, accompagnée des signes d'une inflammation aiguë, ayant pour siége certaines muqueuses et principalement la muqueuse uréthrale.

Le nom de *blennorrhagie*, qui a prévalu quoiqu'il soit assez vague, a été donné par Swediaur à cette affection autrefois appelée *gonorrhée* (flux de semence) ou *chaude-pisse*, à cause de la sensation de brûlure que le malade éprouve en urinant. Les noms d'*uréthrite vénérienne*, *virulente*, *syphilitique*, etc., ont été aussi appliqués à cette maladie, pour laquelle nous conserverons le nom

de *blennorrhagie*, qui a au moins le mérite de ne rien faire préjuger sur sa nature.

M. Cullerier (1) a proposé de réserver le nom de *blennorrhagie* aux écoulements de nature réellement contagieuse, en donnant celui d'*uréthrite* aux écoulements produits par les excès de coït, de boisson, par le traumatisme, l'usage des sondes, etc. Nous admettons cette division, dont nous ferons ressortir toute l'importance.

Nous avons étudié dans l'Introduction de ce traité les diverses questions historiques et théoriques qui se rattachent à la blennorrhagie. Nous avons vu qu'on en retrouve des traces dans les livres du moyen âge, de l'antiquité romaine et grecque, et peut-être même dans ceux du législateur des Hébreux. Nous avons vu aussi que cette affection, longtemps regardée comme une forme de l'accident primitif de la syphilis, était considérée depuis les travaux d'Hernandez comme parfaitement indépendante, et sans liaison aucune avec elle. Nous ne reviendrons pas sur ces différents points, sur lesquels nous nous sommes prononcés déjà.

Étiologie. — *La blennorrhagie dont le muco-pus inoculé ne donne lieu à aucun résultat ne reconnaît pas pour cause le virus syphilitique ; mais tient-elle à un contagium spécial?*

Diverses hypothèses ont été présentées dans le but de répondre à cette interrogation.

M. le professeur Thiry, de Bruxelles, a émis l'opi-

(1) Précis iconographique des maladies vénériennes. Paris, 1861.

nion que la blennorrhagie avait pour principe un virus particulier, le *virus granuleux,* et il a donné pour caractère essentiel à la blennorrhagie le pouvoir de faire naître des granulations sur les muqueuses qu'elle atteint. Nous croyons que ce fait du développement des granulations est le résultat de toute inflammation prolongée et n'a rien de spécial.

Une autre hypothèse a été plus récemment soutenue par M. Jousseaume (1) ; selon ce médecin, la blennorrhagie serait déterminée par la présence du végétal parasite auquel il a donné le nom de *genitalia ;* c'est une algue constituée par de très-longs filaments de $0^m,010$ à $0^m,020$ d'épaisseur et qui se multiplie avec une rapidité surprenante. M. Jousseaume a édifié une théorie fort ingénieuse dont les recherches micrographiques nouvelles peuvent seules nous donner la confirmation.

Sans adopter l'hypothèse de M. Thiry ni celle de M. Jousseaume, nous n'hésitons pas cependant à croire que la blennorrhagie a un principe spécial, un contagium particulier. La plupart des auteurs qui considèrent cette affection comme une inflammation catarrhale simple de la muqueuse uréthrale sont frappés néanmoins de certains faits de contagion qu'ils ne peuvent expliquer. M. Cullerier, entre autres, qui soutient cette dernière opinion, écrit : « J'ai vu des femmes avec des ulcérations granuleuses du col très-superficielles donner des chaudes-pisses très-violentes, et d'un autre

(1) Des Végétaux parasites de l'homme. Paris, 1862.

côté, un écoulement très-abondant, résultat d'un état catarrhal simple du vagin, ne rien communiquer (1).

Pour nous, nous ferons une grande différence entre l'uréthrite simple et la blennorrhagie. La première, l'uréthrite, est le résultat d'excès de coït, d'onanisme, de boisson (surtout de bière); elle est produite par l'usage des sondes, par la diathèse goutteuse ou rhumatismale; en un mot elle résulte du traumatisme ou d'une excitation générale de l'économie et elle apparaît principalement chez les individus qui ont déjà eu une blennorrhagie. Elle n'a pas d'incubation, n'est pas contagieuse et guérit sans traitement, dès que la cause qui la produisait a disparu; *c'est*, selon nous, *une inflammation simple.* La blennorrhagie au contraire est toujours le résultat de la contagion du pus blennorrhagique, elle a une incubation de quelques jours, elle est éminemment contagieuse, et si elle n'est pas soumise à un traitement convenable, elle passe à l'état chronique et persiste pendant fort longtemps; elle s'accompagne quelquefois d'arthrite, donne lieu à des ophthalmies dont la gravité est extrême; en un mot, elle présente un ensemble de phénomènes qu'on ne retrouve nullement dans l'uréthrite simple. Qu'elle soit causée par un virus granuleux comme le prétend M. Thiry, qu'elle reconnaisse pour cause un végétal parasite ainsi que le dit M. Jousseaume, il est certain, en tout cas, qu'elle a un principe spécial qui trace une ligne de démarcation entre elle et les inflammations

(1) Des Affections blennorrhagiques, in-8°, p. 41. Paris, 1861.

catarrhales simples, et qu'il faudrait y mettre une étrange bonne volonté pour la placer dans la même classe nosologique que le coryza et la conjonctivite. Nous verrons que chez la femme, il y a aussi des blennorrhagies vulvaires, vaginales, et des inflammations catarrhales simples de la vulve et du vagin.

Nous ne pouvons préciser, dans l'état actuel de la science, la nature du principe spécial à la blennorrhagie, mais nous avons la ferme conviction que ce principe existe.

Quelle que soit la nature de la blennorrhagie, il est certain que tous les individus ne sont point également exposés à la contracter. Le tempérament lymphatique paraît y prédisposer singulièrement; la conformation des organes génitaux peut aussi avoir une influence réelle sur la facilité de la contagion. La longueur du prépuce qui recouvre le gland et le soustrait aux frottements et aux influences extérieures a le désavantage de ne point endurcir la muqueuse et de faciliter l'absorption du pus blennorrhagique. La trop grande ouverture du méat, l'hypospadias, rendent aussi la contagion plus facile; il en est de même de l'excès de coït, et des retards souvent volontaires apportés à la consommation de l'acte : *Oportet non morari in coïtu*, a dit très-judicieusement Nicolas Massa.

Il est, comme nons l'avons dit, certains individus moins prédisposés que d'autres à la contagion, et il n'est pas rare de voir une femme atteinte de blennorrhagie aiguë, ayant des rapports sexuels avec deux hommes, ne transmettre cette affection qu'à un seul

d'entre eux. Il y a encore un fait curieux que nous devons noter, c'est qu'un homme peut dans certains cas vivre pendant longtemps avec une femme ayant un écoulement blennorrhagique, sans rien contracter; l'habitude crée une espèce d'immunité à laquelle M. Ricord (1) a donné le nom très-bien choisi d'*acclimatement*. Mais, que la femme vienne à avoir des rapports avec un nouvel amant, celui-ci contractera très-vraisemblablement l'affection à laquelle avait échappé son prédécesseur. Fallope avait déjà observé des faits analogues.

Le mode le plus fréquent de contagion de la blennorrhagie, c'est le coït. On observe aussi quelques cas de contagion médiate par l'entremise d'une main souillée de pus contagieux, ou bien encore par les organes de la mère qui peuvent infecter le fœtus au passage; Swediaur indique un autre mécanisme : « Je ne doute pas, dit-il, qu'en allant aux commodités après un homme affecté de cette maladie, on ne s'expose à la gagner par le simple attouchement ou frottement du bout de la verge contre les parois, sur un endroit où il y aurait du muco-pus blennorrhagique. »

Il serait presque inutile de dire que nous ne croyons pas à ces blennorrhagies déterminées par une érection trop prolongée, trop énergique, et non suivie de rapports sexuels. M. Amédée Latour a rapporté une observation de ce genre. Nous croyons que cette cause, comme toute autre excitation, peut donner lieu à une

(1) Lettres sur la syphilis, p. 24; 1856.

simple uréthrite, mais non pas à une blennorrhagie qui, comme dans le cas cité par M. Latour, puisse durer quarante jours.

Nous ne parlerons aussi que pour mémoire du fait rapporté par M. Tazentre (1), qui dit avoir vu la maladie survenir après l'ingestion dans l'estomac, pendant huit à dix jours, du pus blennorrhagique mélangé à du lait. Cette observation nous paraît inadmissible.

Le sang des règles, qu'on a accusé à tort, selon nous, de donner lieu à la blennorrhagie, peut seulement, dans certains cas, agir comme excitant local et produire l'uréthrite simple, de même que les lochies, les flueurs blanches, etc. D'après M. Diday (2), le sang menstruel, dans bon nombre de cas, et peut-être aussi le contact de quelques autres sécrétions de la muqueuse génitale, donneraient naissance à un écoulement spécial, l'*uréthrorrhée,* à marche toujours chronique.

Quant au virus syphilitique et au virus du chancre simple, ils donnent lieu, le premier à un chancre infectant, le second à un chancre simple. Si ces chancres sont situés dans le canal, ils peuvent déterminer une irritation et une sécrétion de muco-pus qui simulent une blennorrhagie; mais il est bien évident qu'ils ne peuvent jamais produire une blennorrhagie véritable.

SIÉGE. — La blennorrhagie chez l'homme a pour lieu d'élection ordinaire le canal de l'urèthre, et plus rare-

(1) Archives générales de médecine, 2e série, t. II.

(2) De l'Uréthrorrhée ou échauffement, espèce non décrite d'écoulement uréthral chez l'homme (*Archives de médecine*, 1861).

ment la muqueuse du prépuce et du gland. Elle peut s'étendre quelquefois, par transport du pus blennorrhagique, à la muqueuse oculo-palpébrale, à celle de l'anus et du rectum, à celle de la bouche, à la muqueuse pituitaire. Dans l'urèthre, l'inflammation blennorrhagique débute généralement par la fosse naviculaire, puis elle se propage au reste du canal ; elle envahit les glandes de Cowper et de Littre, la prostate; elle peut s'étendre par les canaux déférents jusqu'à l'épididyme et au testicule; par le col de la vessie, la vessie, les uretères, elle peut remonter jusqu'aux reins. Hâtons-nous de dire que cette dernière migration est heureusement fort rare.

Symptômes. — Les avis sont fort partagés sur l'existence d'une période d'incubation pour la blennorrhagie. M. Ricord l'a formellement niée, comme il l'a fait, du reste, pour le chancre; il croit cependant que l'apparition de la blennorrhagie n'a pas lieu immédiatement après la contagion. « Il n'y a pas là, dit-il, plus d'incubation qu'il n'y en a entre l'action d'un refroidissement des pieds et l'apparition d'un coryza. On ne mouche pas immédiatement du muco-pus après un refroidissement des pieds, il s'écoule un certain temps entre ces deux actes. Appellerez-vous ce temps l'incubation du coryza ? Pourquoi donc se servir d'une expression pareille pour la blennorrhagie (1) ? »

Nous ne répéterons pas ici ce que nous disions deux pages plus haut, pour faire ressortir les différences ca-

(1) Lettres sur la syphilis, p. 38.

pitales qui séparent la blennorrhagie d'une infection catarrhale simple ; nous constaterons seulement que M. Ricord admet que les symptômes de la blennorrhagie ne succèdent pas immédiatement à la cause qui a produit la contagion. M. Cullerier partage cette manière de voir. « Ce qu'il y a de certain, écrit-il dans son *Précis iconographique*, c'est qu'après un coït impur, l'urèthre reste, pendant un temps plus ou moins long, tel que rien n'y fait soupçonner l'existence de la maladie, qui cependant existe. »

« L'incubation, dit M. Diday (1), c'est-à-dire un laps de temps écoulé entre l'action de la cause et l'apparition des symptômes initiaux, entre le coït et la première goutte. Mais il n'est pas un écoulement gagné par les rapports sexuels, pas un seul, qui, chez l'un et l'autre sexe, n'en offre l'exemple. »

M. Melchior Robert (2) et presque tous les anciens élèves du Midi se rangent à la même opinion. Ils reconnaissent implicitement l'incubation, mais ce mot les effraye, car une vue théorique les préoccupe.

M. Cazenave, Vidal (de Cassis), et toute l'école des identistes, ont argué de l'incubation de la blennorrhagie pour conclure à sa nature syphilitique. Les non-identistes, pour repousser la conclusion, ont dû repousser les prémisses ; mais aujourd'hui, que la non-identité a définitivement triomphé, ils reviendront, nous n'en doutons pas, à une interprétation plus ra-

(1) Nouvelles doctrines sur la syphilis, p. 56. Paris, 1858.
(2) Loc. cit., p. 72.

tionnelle des faits, et ils n'essayeront plus de ranger la blennorrhagie dans la classe des inflammations catarrhales simples.

Nous rejetons les incubations qui auraient duré plusieurs semaines et même plusieurs mois, et dont quelques auteurs, entre autres Vidal (de Cassis), ont rapporté des observations. Nous croyons que la durée la plus ordinaire de cette période est de un à trois jours. Au bout de ce temps, les malades éprouvent au méat urinaire un léger prurit, qui acquiert graduellement plus d'intensité. Le méat urinaire devient rouge et ses bords sont tuméfiés; la fosse naviculaire est légèrement douloureuse, puis apparaît un suintement muqueux et filant.

Tous ces symptômes ne tardent pas à s'aggraver. La douleur du méat et de la fosse naviculaire se propage à tout le canal et devient cuisante, surtout au moment de l'émission des urines. Les malades comparent cette douleur à celle que leur causerait un fer rougi. Le suintement léger des premiers jours fait place à l'écoulement d'un liquide muco-purulent verdâtre, opaque, qui laisse sur le linge, en se desséchant, de petites écailles jaunes; l'écoulement devient très-abondant, le liquide n'est plus filant comme au début. Quelques malades se plaignent d'une pesanteur au périnée; d'autres, d'une tension douloureuse et de tiraillements à la racine de la verge et dans les aines. Les érections deviennent douloureuses, ce qui se comprend, car la muqueuse de l'urèthre enflammé perd son élasticité et ne se prête plus aux changements de dimensions du

pénis. Quant à l'éjaculation, elle donne lieu à deux sensations pénibles, l'une au niveau du bulbe, sensation de resserrement et de constriction; l'autre dans toute la longueur du canal, sensation de picotements et de fourmillements désagréables. Au reste, comme l'a fait remarquer avec raison M. Cullerier, l'éjaculation est plus douloureuse par l'érection qui la précède que par le contact du sperme sur les parois de l'urèthre, et elle est presque toujours suivie d'une rémission momentanée des symptômes inflammatoires.

Le plus souvent le gland est rouge et sensible pendant la période inflammatoire aiguë; le prépuce, s'il recouvre le gland, s'œdématie; les vaisseaux lymphatiques de la verge deviennent durs, douloureux; le canal de l'urèthre donne au doigt la sensation d'un cordon résistant et noueux, ce qui tient à l'inflammation des lacunes de Morgagni.

Tous les symptômes que nous venons d'énumérer peuvent avoir très-peu d'intensité, mais aussi ils peuvent, dans certains cas, acquérir une véritable gravité. Il arrive quelquefois que le canal de l'urèthre devient absolument inextensible par suite de l'extension de la phlogose au tissu cellulaire, et le pénis, pendant les érections, qui sont alors très-fréquentes, affecte la forme d'une courbe à concavité inférieure. Cet état est désigné sous le nom vulgaire de *chaudepisse cordée*. Lorsque les phénomènes inflammatoires arrivent à ce point, il n'est pas rare d'observer comme complications l'inflammation des corps caverneux, des uréthrorrhagies plus ou moins abondantes, et la tuméfac-

tion des ganglions inguinaux. Il se forme quelquefois un véritable bubon symptomatique de l'inflammation de la verge, et ce bubon peut arriver à la suppuration, si on ne le combat au moyen de révulsifs locaux ou d'antiphlogistiques énergiques.

La miction n'est pas seulement douloureuse, comme nous l'avons dit plus haut; elle devient difficile lorsque la maladie est arrivée à son summum d'intensité. L'épaississement des parois de l'urèthre a pour conséquence forcée la diminution de calibre du canal, et l'urine ne peut plus s'écouler que goutte à goutte, ou du moins le jet est presque toujours diminué de volume et modifié dans sa forme, comme dans le cas de rétrécissement.

Swediaur (1) a décrit une uréthrite sèche qui serait caractérisée, au début de l'affection, par tous les symptômes de la blennorrhagie, moins l'écoulement. Fabre, qui admet cette forme spéciale, explique l'absence de sécrétion par l'excès de l'inflammation ou par son peu d'intensité. Pour nous, nous rejetons complétement cette prétendue uréthrite sèche. Nous croyons qu'il peut se présenter des cas où la verge est tuméfiée, le canal douloureux, avec prurit du méat; mais cet état, qui est lié à une irritation des voies urinaires supérieures, n'a aucun rapport avec la blennorrhagie.

La période aiguë a une durée qui varie entre deux et quatre septénaires; elle se complique dans quelques

(1) Loc. cit., t. I, p. 124.

cas, au moment de sa plus grande acuité, d'une accélération du pouls, de perte d'appétit, d'insomnie; mais ces symptômes généraux disparaissent rapidement.

A la période aiguë succède un amendement de tous les phénomènes morbides. La douleur devient presque nulle et reste localisée au bulbe, l'émission des urines et les érections ne provoquent plus de sensation pénible, la verge et le prépuce tuméfiés reprennent leur volume normal, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques disparaît; il ne reste plus de tout ce cortége symptomatique qu'un écoulement de muco-pus, qui de verdâtre est devenu jaune, puis blanc et filant comme au début de l'affection.

Un écart de régime, une imprudence, peuvent faire revenir la maladie à l'état aigu, alors même qu'elle est arrivée à la période de déclin que nous venons de décrire. C'est généralement au coït qu'il faut attribuer ces recrudescences, dont nous reparlerons à propos du traitement.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de la blennorrhagie est encore peu avancée, et cela se comprend, car il est bien rare qu'on puisse faire l'ouverture d'individus morts au moment où ils étaient atteints de cette affection.

Astley Cowper a pu pratiquer l'autopsie d'un supplicié qui avait une blennorrhagie; il constata une injection lie de vin de la muqueuse, au niveau de la fosse naviculaire et de la région prostatique, d'où elle s'étendait jusque dans l'intérieur des canaux éjacula-

teurs. On a pu observer aussi des épaississements des parois de l'urèthre, des infiltrations plastiques du tissu cellulaire, des abcès péri-uréthraux, des ulcérations de la muqueuse, point de départ de rétrécissements futurs, une distension des lacunes de Morgagni, et une induration des glandes de Cowper, formant de véritables petites tumeurs. M. Cullerier, qui a eu l'occasion d'examiner l'urèthre d'un individu mort dans son service d'une fièvre typhoïde et atteint d'une blennorrhagie depuis trente-trois jours, a trouvé, outre la plupart des lésions déjà citées, une vingtaine de petites granulations réunies en groupe et placées à la paroi inférieure, à la région prostatique; elles étaient tout à fait semblables aux granulations de la conjonctive; autour d'elles, on voyait se ramifier des capillaires injectés.

Diagnostic. — Le diagnostic de la blennorrhagie ne présente pas habituellement de difficultés sérieuses. Il est important néanmoins de chercher à reconnaître une simple uréthrite d'une blennorrhagie, et de ne pas confondre cette dernière avec un écoulement dû à l'existence d'un chancre simple ou d'un chancre infectant de l'urèthre.

L'intensité des divers symptômes inflammatoires, les douleurs vives provoquées par l'émission de l'urine; les érections et les éjaculations, l'abondance de l'écoulement, et la couleur verdâtre du muco-pus, sont le plus souvent l'apanage exclusif de la blennorrhagie, mais ils peuvent être aussi, quoique exceptionnellement, symptomatiques de l'uréthrite non contagieuse,

et on doit attendre au moins un septénaire pour porter un diagnostic entre ces deux affections.

Il est rare, en effet, si on a affaire à une uréthrite simple, que les divers phénomènes de l'inflammation ne se soient pas amendés au bout de ce temps, tandis que la blennorrhagie est alors arrivée à sa période de plus grande acuité.

Dans les cas de chancre uréthral, déterminant un écoulement qui simule la blennorrhagie, il peut arriver que l'ulcération chancreuse soit accessible à la vue par le simple écartement des lèvres du méat, ou par leur écartement forcé au moyen d'une pince à anneaux. Dans le cas où la lésion ne pourra être aperçue de cette manière, le toucher pratiqué avec soin sur le trajet du canal fera reconnaître, à un point ordinairement peu distant de l'orifice externe, une induration plus ou moins accentuée et légèrement douloureuse.

La matière de l'écoulement, au lieu d'être muco-purulente, sera ou séro-sanguinolente dans les cas de chancre infectant, ou bien sanieuse et purulente dans les cas de chancre simple, et elle sera toujours moins abondante. L'émission de l'urine ne produira de sensation pénible que sur un point parfaitement localisé. Les érections et l'éjaculation seront à peine douloureuses. Les aines seront le siége soit d'adénopathie indolente polyganglionnaire, soit d'adénite monoganglionnaire, douloureuse, et pouvant donner lieu à la suppuration.

Quant à l'inoculation du pus au porteur, elle ne

pourra donner qu'un résultat sans grande valeur. Dans le cas de chancre simple, cette inoculation sera positive ; mais elle sera négative pour le chancre infectant, comme pour la blennorrhagie elle-même.

Le meilleur moyen d'établir un diagnostic parfaitement rationnel, c'est de remonter à la source de la contagion ; c'est, en un mot, d'employer la confrontation, si elle est possible.

Ce n'est que pour ne rien omettre que nous parlerons du diagnostic de la blennorrhagie, avec la prostatorrhée et les pertes séminales. L'examen du liquide sécrété, et l'absence de réaction inflammatoire dans ces deux affections, permettront d'éviter toute erreur.

Durée, terminaisons, pronostic. — La blennorrhagie traitée convenablement guérit, dans la plus grande majorité des cas, au bout de cinq ou six septénaires ; mais, si le traitement n'est pas dirigé d'une façon régulière, et s'il n'est pas suivi assidûment par le malade, l'affection peut passer à l'état chronique, ou éprouver une recrudescence de tous les symptômes au moment même où ils semblaient avoir disparu.

Ces recrudescences se produisent même d'une façon à peu près normale ; en effet, l'inflammation n'envahit que progressivement, et l'une après l'autre, chacune des parties de l'urèthre ; à mesure que la blennorrhagie étend les limites de son action, elle donne lieu à une intensité nouvelle des diverses manifestations symptomatiques.

On peut observer des cas dans lesquels la blennor-

rhagie qui semble avoir cédé au traitement, reprend tout à coup son acuité primitive, et cela deux ou trois fois de suite; c'est à cette forme spéciale que M. Ricord a donné le nom de *chaudepisse à répétition.*

La durée habituelle d'une blennorrhagie combattue par des moyens thérapeutiques convenables est d'environ quatre à six septénaires; M. Cullerier admet que les blennorrhagies qui débutent d'une manière sourde, presque sans douleur, ont généralement une durée plus longue et une grande tendance à passer à l'état chronique; mais il croit que celles qui, au contraire, ont dès le commencement une marche franchement aiguë, sont moins graves, et se terminent plus rapidement.

Nous n'avons pas à revenir sur la question du pronostic de la blennorrhagie; elle se trouve implicitement résolue dans ce que nous avons dit de la nature de cette affection, qui n'a rien de commun avec la syphilis, et n'est jamais suivie de manifestations constitutionnelles, à moins toutefois qu'elle ne soit compliquée d'un chancre infectant uréthral.

Blennorrhée. — Lorsque la blennorrhagie passe à l'état chronique, elle prend le nom de *blennorrhée.* Swediaur, qui donnait à la blennorrhagie le nom de *fluxus activus,* réservait à la blennorrhée celui de *fluxus passivus.* On a aussi appelé cette dernière affection, *suintement habituel*, *goutte militaire.*

Pour nous, la blennorrhée succède toujours à la blennorrhagie, et nous ne croyons pas à l'existence de

la blennorrhée d'*emblée* admise par Vidal (de Cassis) (1) et par M. Cullerier (2). Nous croyons que ces deux auteurs l'ont confondue avec l'uréthrite non contagieuse dont nous avons parlé plus haut.

La blennorrhagie peut passer à l'état chronique si le traitement n'est pas suivi avec exactitude, si le malade a fait quelques excès de boissons ou de travail physique, s'il s'est livré au coït ou à la masturbation. L'écoulement peut encore être entretenu par l'élément rhumatismal ou goutteux, par un tempérament lymphatique prédisposé aux affections catarrhales.

On a cité les faits d'individus atteints de blennorrhée, contre lesquelles échouaient tous les modes de traitement, et qui se sont vus guéris subitement par l'apparition d'affections herpétiques, de douleurs articulaires ou d'hémoptysies.

Le siége de la blennorrhagie chronique est généralement, ainsi que l'a prouvé M. Baumès, vers les parties les plus profondes de l'urèthre, aux environs de la prostate. L'inflammation occupe quelquefois, mais bien plus rarement, la fosse naviculaire. Elle est assez souvent limitée aux follicules, aux glandes de Cowper, et aux cryptes muqueux, ou aux lacunes de Morgagni, et devient inaccessible aux moyens thérapeutiques employés d'ordinaire.

La blennorrhée est, dans un certain nombre de cas, entretenue par un rétrécissement du canal, en arrière

(1) Loc. cit., p. 192.
(2) Loc. cit., p. 33.

duquel sont développées des granulations, des fongosités et une ulcération, et qui forme comme une barrière au libre écoulement du pus qui s'amasse derrière lui.

Le liquide de l'écoulement est muco-purulent, ou simplement muqueux; il est blanc, filant, tache très-peu le linge; il n'est pas contagieux. Il peut être abondant, mais le plus ordinairement il ne produit qu'un suintement léger. Au moment de la miction, l'urine pousse au-devant d'elle une certaine quantité de ce liquide, qui, le matin, forme une goutte assez grosse si l'urine n'a pas été expulsée pendant la nuit.

La blennorrhée n'est pas douloureuse, cependant le malade qui en est atteint éprouve des démangeaisons dans la direction de l'urèthre et au périnée. Il n'est point rare qu'il ressente une douleur, ou plutôt une sensation de déchirure légère à un point déterminé du canal, au moment de l'émission des urines ou de l'éjaculation.

Les malades atteints de blennorrhée se préoccupent beaucoup de leur état sanitaire. Ils s'exagèrent la gravité de tous les symptômes de leur affection; ils les observent avec une attention incessante, et cette perpétuelle inquiétude finit par agir sur leur moral; aussi n'est-il point rare de les voir tomber dans l'hypochondrie, et on cite des cas dans lesquels certains individus ont recouru au suicide pour échapper à cette pénible obsession.

Le pronostic de la blennorrhée, en tant qu'affection locale, n'est pas grave; elle se concilie avec la santé

générale la plus parfaite; son inconvénient principal, c'est d'être une des causes les plus fréquentes des rétrécissements uréthraux. Il est rare, même comme nous l'avons dit, de ne pas constater une lésion de ce genre chez un individu atteint de blennorrhée depuis un certain temps.

La blennorrhée ne pourrait guère être confondue qu'avec l'uréthrite simple; mais sa durée, son origine, sa résistance au traitement, et l'absence de tout phénomène inflammatoire, suffiront pour l'en distinguer. Quant à la spermatorrhée, elle est souvent accompagnée de phénomènes généraux graves, et le liquide sécrété a une odeur spéciale, et une composition facile à reconnaître à l'aide du microscope; aussi le diagnostic différentiel avec la blennorrhée en sera généralement facile.

Nous verrons, à propos du traitement, les divers procédés thérapeutiques mis en usage contre la blennorrhagie chronique, qui, si elle n'est combattue énergiquement, a une durée indéfinie.

Traitement. — Nous ne parlerons pas ici des différents moyens conseillés pour prévenir la blennorrhagie, ils ont une place marquée dans le chapitre de la prophylaxie générale des affections syphilitiques et vénériennes qui termine ce volume; nous nous bornerons à étudier les ressources fournies par la thérapeutique contre une blennorrhagie acquise et confirmée.

Et d'abord, deux méthodes peuvent se présenter :

1° On peut essayer de guérir immédiatement la blen-

norrhagie, en tarissant l'écoulement (*traitement abortif*).

2° On peut se borner à combattre les accidents inflammatoires de la période aiguë, par les antiphlogistiques ordinaires, et ne recourir au traitement spécial qu'après la disparition de ces accidents (*traitement curatif*).

1re *méthode. — Traitement abortif.* Cette méthode est plus ancienne qu'on ne le croit. Simmons, en 1780 (1), avait déjà employé la cautérisation de l'urèthre avec une solution de nitrate d'argent, pour faire avorter la blennorrhagie. M. Ratier, en 1827 (2), proposa, pour arriver au même but, la cautérisation de la fosse naviculaire. Depuis cette époque, Cullerier neveu (3), Carmichaël et Burnett Lucas (4), M. Wal-Moreau (5), publièrent un certain nombre d'observations favorables.

En 1843, M. Débeney (6), dans un mémoire à l'appui de cette méthode, s'attacha à réfuter les craintes exagérées qu'elle avait fait naître, et il démontra la parfaite innocuité des injections au nitrate d'argent, qu'il employait à la dose de 1 à 2 grammes de sel pour 30 grammes d'eau distillée. Les conclusions de M. Dé-

(1) *Observations on the cure of the gonorrhœa.* London, 1780.

(2) Archives générales de médecine, 1827, t. XV, p. 63.

(3) Journal de médecine et de chirurgie pratiques, mars 1834.

(4) The Lancet, mai 1833.

(5) Thèse de Paris, 1836.

(6) Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par le nitrate d'argent à haute dose (*Journal de médecine et de chirurgie*, août 1843), et Exposé pratique de la méthode des injections caustiques. Paris, 1846.

beney étaient basées sur un ensemble de plus de cent vingt observations.

En 1844, M. Leriche, médecin d'un dispensaire à Lyon, fit connaître le résultat généralement favorable de plus de six cents applications de ce traitement à la guérison de blennorrhagies aiguës; sur cette énorme quantité de cas, il n'avait pas noté un seul accident sérieux (1).

M. Foucart, en 1845 (2), publia dix-sept observations de guérisons obtenues par ce procédé, et enfin M. Diday s'en est déclaré le champion après de nombreux essais, presque tous couronnés de succès.

Si la méthode abortive compte des partisans, il faut dire qu'elle a aussi de nombreux détracteurs. Dès 1844, M. Venot (3), de Bordeaux, formulait contre elle les plus graves accusations. Sur 14 cas où il l'avait employée, ce chirurgien avait vu, disait-il, survenir 2 fois des uréthrorrhagies, 2 fois l'arthrite blennorrhagique, 3 fois l'ophthalmie gonorrhéique, 6 fois l'orchite, 5 fois des abcès uréthraux, 1 fois l'érysipèle de la verge, 3 fois des adénites. On avouera que M. Venot jouait de malheur!

En 1845, MM. Berton et Amédée Latour (4) renouvelèrent les accusations de M. Venot, et conclurent à la proscription absolue de la méthode incriminée. Depuis

(1) De l'Emploi du nitrate d'argent dans les écoulements blennorrhagiques. Lyon, 1844.

(2) Gazette des hôpitaux, 1845, p. 17.

(3) Journal de médecine de Bordeaux, septembre 1844.

(4) Gazette des hôpitaux, 1845, p. 24.

cette époque, elle a été rejetée par un certain nombre de praticiens distingués, parmi lesquels nous citerons M. Civiale, Vidal (de Cassis), et M. Cullerier. Quant à M. Ricord, après l'avoir adoptée sans restrictions dans ses premières publications, il est devenu moins confiant dans son efficacité, sans cependant la repousser complétement.

Un médecin de Liége, M. Hicguet, a publié, dans le courant de l'année dernière, un travail remarquable (1), dans lequel il a résumé les arguments des défenseurs et des adversaires de la méthode abortive. On lira avec intérêt et avec fruit ce mémoire qui conclut à l'adoption de la méthode dans tous les cas où elle pourra être appliquée dès le début de la blennorrhagie. «Quand une affection est parfaitement établie, écrit M. Hicguet, il n'est plus question d'en arrêter l'invasion, de la faire avorter; l'essayer serait un non-sens. Il s'agit de la guérir. Or les solutions caustiques ne conviennent plus dans la période inflammatoire de l'uréthrite.»

Donc, première indication, il faut employer la méthode abortive *seulement* au début de la blennorrhagie.

M. Hicguet repousse, avec l'énergie d'une conviction bien arrêtée, les accusations des divers praticiens qui ont prétendu que l'emploi des injections au nitrate d'argent était suivi d'accidents sérieux. Il fait justice de la plus grave de toutes, celle de Vidal (de

(1) De la Méthode substitutive, ou de la cautérisation appliquée au traitement de l'uréthrite aiguë et chronique. Paris, 1862.

Cassis), qui prétendait que la muqueuse uréthrale était désorganisée par le caustique, et qu'elle subissait une solution de continuité, une espèce d'ulcération dont la réparation se faisait toujours au détriment du calibre du canal. Il y a là une exagération évidente, car nous pouvons voir chaque jour le nitrate d'argent appliqué sur une muqueuse quelconque en modifier simplement la vitalité, sans détruire en rien son organisation. Il est évident aussi que plus une blennorrhagie est guérie rapidement, moins il y a de chance de rétrécissement, puisque de l'aveu même de M. Civiale, un des adversaires des injections caustiques, les rétrécissements reconnaissent pour cause, dans l'immense majorité des cas, une inflammation chronique de l'urèthre.

Il est certain aussi que la méthode abortive, appliquée infructueusement, n'aggrave en rien la position du malade, et ne rend pas l'écoulement plus réfractaire aux moyens habituellement employés pour le tarir. La plupart des auteurs qui ont écrit sur cette question ont, au contraire, remarqué que les injections de nitrate d'argent, pratiquées au début d'une blennorrhagie, alors même qu'elles n'aboutissaient pas au résultat désiré, disposaient la muqueuse de façon à être plus promptement influencée et guérie par le copahu et le cubèbe (Cazalis, Bourguet, Foucart).

Quant aux accidents plus spécialement reprochés à la méthode abortive par M. Venot, par Vidal (de Cassis), par M. Cullerier (1), à savoir : les douleurs violentes e

(1) Précis iconographique, p. 38.

insupportables, les abcès uréthraux, les uréthrorrhagies, la cystite du col, l'orchite, la dysurie, etc., nous devons dire que le plus grand nombre des praticiens qui ont appliqué cette méthode ne les ont vu survenir que très-exceptionnellement.

En résumé, sans nous déclarer partisans absolus des injections abortives, nous croyons qu'elles peuvent rendre de très-grands services, à la condition toutefois qu'elles soient faites dès le début de la blennorrhagie. Elles sont, du reste, parfaitement rationnelles, et, comme le disent dans leur excellent traité MM. Trousseau et Pidoux, «de toute évidence, les phlegmasies locales guérissent souvent par l'application directe des irritants, qui causent une inflammation analogue, inflammation thérapeutique qui se substitue à l'irritation primitive.»

M. Debeney conseille les injections abortives à la dose de 1 gramme de nitrate d'argent cristallisé, pour 30 grammes d'eau distillée. MM. Ricord et Diday n'emploient que 50 ou 60 centigr. de sel pour 30 grammes d'eau. Il est inutile de faire pénétrer le liquide de l'injection au delà des 6 centimètres antérieurs de l'urèthre, car c'est toujours dans cette portion du canal qu'est localisée l'inflammation pendant les premiers jours.

M. Venot, qui a eu si peu à se louer de ses tentatives d'application de la méthode abortive avec le nitrate d'argent, a proposé de remplacer les injections de ce sel par celles de chloroforme à la dose de 1 gramme sur 30 grammes d'eau. Ces injections ont donné d'assez

médiocres résultats, aussi bien que celles de chlorure de zinc (5 centigrammes pour 25 grammes d'eau), d'acétate de plomb, et de teinture d'aloès.

On a aussi tenté de faire avorter la blennorrhagie au moyen des balsamiques à haute dose, administrés dès le commencement de l'affection. M. Cullerier, qui repousse la méthode de M. Débeney, ne serait pas éloigné d'adopter ce mode de traitement, dont il dit avoir retiré quelquefois de bons résultats; il a donné de 15 à 20 grammes de copahu, ou bien 20 à 30 grammes de cubèbe dans les vingt-quatre heures. Nous avons, pour notre part, essayé plusieurs fois ce mode de traitement qui a constamment échoué.

2e *méthode. — Traitement curatif.* Le traitement curatif ne peut être donné avec chance de succès que lorsque les phénomènes inflammatoires déterminés par la blennorrhagie se sont amendés.

Lorsqu'un malade atteint de blennorrhagie vient consulter un médecin, si ce dernier ne veut pas employer la méthode abortive, ou bien s'il est trop tard pour y avoir recours, il doit tout d'abord se borner à prescrire ce que M. Ricord a appelé le *traitement palliatif* de la période aiguë. Ce traitement peut se résumer ainsi :

1° Repos absolu de l'organe, abstention de rapports sexuels; usage du suspensoir pendant la marche et la station droite.

2° Repos général de l'individu qui devra éviter les marches prolongées, les veilles, les excitations et les fatigues de toutes sortes.

3° Régime sévère ; abstention de liqueurs, de café, de vin pur, de bière, de certains aliments, tels que les asperges, de mets épicés.

On devra tenir le ventre libre à l'aide de lavements émollients ou de laxatifs, prendre des bains tièdes tous les deux ou trois jours et boire des tisanes délayantes (limonade au citron, tisane de chiendent, d'orge perlé, de graine de lin ; eau édulcorée avec les sirops de gomme, de groseilles, d'orgeat, de cerises, etc.). On pourra ajouter 2 à 5 grammes de nitrate de potasse par litre de tisane et la donner en fort grande quantité, de façon à augmenter le plus possible la sécrétion urinaire, de façon à éviter, du moins à pallier, la sensation de brûlure qui se produit au moment de la miction. Plus l'urine contient d'eau, et moins son émission est douloureuse. Dans le cas où la maladie se complique d'une réaction fébrile un peu intense, on pourra recourir à la saignée générale ou à une application de 10 à 15 sangsues à la région inguinale ou au périnée. On avait conseillé de les appliquer sur le trajet du canal, mais cela a donné lieu à de graves accidents, à l'ulcération et même dans quelques cas à la gangrène du fourreau de la verge. Il est fort rare, du reste, que l'on soit obligé d'avoir recours à leur emploi.

Si le malade supporte difficilement les grands bains, on lui fera prendre des bains locaux soit avec la décoction de mauve ou de graine de lin, soit avec de l'eau froide simple ou mélangée d'une petite quantité d'acétate de plomb. Si l'affection est compliquée de balanoposthite ou de phimosis, il sera utile de faire faire entre

le prépuce et le gland des injections avec les liquides dont nous venons de parler, ou encore avec une décoction de têtes de pavot.

Nous avons dit, à propos des symptômes de la blennorrhagie aiguë, que les érections qui sont assez fréquentes à cette époque, sont aussi très-douloureuses. On a proposé divers moyens pour les prévenir. A l'intérieur on prescrit habituellement les narcotiques, les narcotico-âcres, et le camphre sous forme de pilules. Voici quelques formules parmi les plus usitées.

Camphre.	ãã 3 grammes.
Thridace.	

Faire s. a. 20 pilules; on en prendra 5 ou 6 le soir.

Camphre.	3 décigrammes.
Extrait de jusquiame.	2 —

pour 2 pilules; on en prendra 1 à 4 le soir.

Camphre	2 grammes.
Extrait thébaïque.	1 —
Mucilage	q. s.

pour 20 pilules; on en prendra 1 ou 2 le soir, avant de se coucher.

M. le Dr Debout a vanté contre les érections l'emploi de la poudre de lupuline, qu'il donne mélangée au double de son poids de sucre et à la dose de 1 à 4 grammes. On a préconisé aussi les bons effets de la belladone et du nénuphar. M. Ricord, dans les cas où le malade ne peut pas supporter les pilules ou bien quand elles n'agissent pas, les remplace par un lavement contenant 10 centigrammes de camphre, en suspension à l'aide d'un jaune d'œuf.

En général, ces diverses préparations ne suffisent guère pour empêcher les érections ; elles sont cependant préférables aux moyens externes, tels que les cataplasmes laudanisés, l'huile camphrée, les compresses imbibées d'eau blanche, etc. Le plus souvent, lorsque le malade éprouve une érection douloureuse, il suffit d'un peu d'eau froide appliquée sur les organes génitaux pour la faire cesser.

Le meilleur moyen d'empêcher les érections, comme nous l'avons déjà dit, c'est de donner la bromure de potassium à l'intérieur ; ce médicament est encore le meilleur antiaphrodisiaque.

Bromure de potassium.....	1	gramme.
Eau distillée..........	120	—
Sirop de sucre.........	30	—

Faire s. a. ; une cuillerée à bouche matin et soir.

On a proposé aussi dans le même but de fixer par un lien la verge à la cuisse. Nous n'avons pas besoin de dire que ce procédé doit être complétement rejeté, car il peut amener dans les cas d'érection, qu'il n'empêche pas, un étranglement et une turgescence énorme. On ne saurait aussi assez proscrire le moyen barbare et absurde employé par certains individus, dans les cas où le canal forme pendant l'érection une corde dure. Ils placent alors la verge sur le bord d'une table et la frappent d'un violent coup de poing. Ils rompent la corde, cela est vrai ; mais la corde, c'est l'urèthre, dont la blessure donne lieu à d'abondantes hémorrhagies, expose le malade aux infiltrations urineuses et le condamne fatalement aux rétrécissements futurs.

Lorsque la blennorrhagie est passée à l'état subaigu, que les érections sont moins douloureuses ainsi que l'émission de l'urine, lorsque en un mot, tous les phénomènes inflammatoires se sont amendés, on doit commencer à donner au malade le traitement curatif.

Ce traitement consiste d'ordinaire en balsamiques pris à l'intérieur et en injections astringentes. Les balsamiques les plus employés sont le baume de copahu et le poivre cubèbe.

Le copahu est le plus énergique modificateur de la muqueuse uréthrale, sur laquelle il a une action tout à fait spéciale ; mais il agit aussi sur l'estomac, les intestins et la peau.

Sur l'estomac il détermine quelquefois des nausées, des vomissements, suivis de véritables gastrites. Ces différents effets sont en pure perte, comme l'a dit M. Ricord, et sans résultats curatifs pour la blennorrhagie.

Dans le tube intestinal, il donne généralement lieu à une hypersécrétion et dans certains cas à une purgation très-abondante, avec coliques. Il est certain que cet effet du copahu contribue pour une part à la guérison. Les anciens médecins ne traitaient jamais une gonorrhée sans addition répétée de purgatifs.

L'action du copahu sur la peau a été très-bien étudiée par M. Bazin (1). «La roséole des balsamiques, dit cet observateur distingué, débute habituellement sous

(1) Leçons sur les affections cutanées artificielles, rédigées par M. le Dr Guérard, p. 184 et suiv. Paris, 1862.

forme de taches rosées ou rouges, inégales en surface, arrondies ou déchiquetées à leurs bords, ne faisant aucune saillie, disparaissant sous la pression des doigts; les unes restent petites, isolées, d'autres se groupent au point de donner à la peau une rougeur presque uniforme. Ces taches, d'abord plus ou moins circonscrites aux régions indiquées, n'ont par elles-mêmes qu'une existence très-éphémère et s'éteignent presque aussitôt, si l'on suspend la médication ; dans le cas contraire, on les voit ordinairement s'étendre et se généraliser à toute la surface du corps. Les démangeaisons, très-modérées au début, deviennent fort vives, et parfois intolérables; en même temps, l'éruption peut subir d'importantes modifications dans son aspect et dans ses caractères : les éléments qui la composent perdent leur apparence de simples macules, pour s'élever au-dessus du niveau de la peau et se transformer en véritables papules appréciables à l'œil nu et au doigt. Ce phénomène s'observe plus spécialement sur les lieux d'élection, où l'on trouve de larges plaques rouges terminées à leurs bords par une sorte de bourrelet ondulé et saillant......... La durée de la roséole du copahu est subordonnée à celle de la médication. Toutefois, la peau n'est rendue à son état normal qu'après un temps qui varie dans des limites assez étendues; vingt-quatre à quarante-huit heures suffisant dans certains cas, tandis que dans d'autres, il ne faut pas moins de huit à quinze jours» (1).

(1) Voir plus haut, p. 174, le diagnostic de la roséole syphilitique et de la roséole copahique.

Enfin l'action la plus puissante du copahu, c'est, comme nous l'avons dit, celle qu'il exerce sur les voies urinaires et en particulier sur la muqueuse uréthrale. Il subit dans le rein une élaboration qui lui donne des propriétés nouvelles ; la sécrétion urinaire est un peu augmentée ; son odeur est modifiée en se combinant à celle du copahu, et le malade éprouve des envies plus fréquentes d'uriner. L'action du copahu est nulle sur toutes les autres blennorrhagies que celles de l'urèthre ; il ne produit aucun effet dans les cas de vulvite, de vaginite, de rectite, etc. etc.

M. Ricord, dans ses lettres sur la syphilis (1), cite trois cas qui mettent hors de doute ce fait que le copahu agit *localement* et *spécifiquement*. Il s'agit dans ces trois observations de malades atteints de divisions accidentelles de l'urèthre et en traitement dans les salles de l'hôpital du Midi, pour des blennorrhagies. L'urine ne traversant qu'une portion du canal, cette portion guérissait rapidement, sans que la muqueuse de la portion antérieure fût en rien modifiée. Il fallait pour arriver à une guérison complète faire dans la portion antérieure des injections avec l'urine des malades dès qu'ils l'avaient rendue. M. Cullerier dit avoir vu des faits complétement analogues (2). Enfin M. Hardy et M. Roquette, de Nantes, ont fait pratiquer pour des cas de vulvo-vaginites, sur des femmes soumises à l'usage du copahu, des injections avec leur propre urine, dans

(1) Loc. cit., p. 110 et suiv.
(2) Loc. cit., p. 46.

le vagin. Ces femmes ont très-bien guéri. On a essayé en injections le copahu à l'état naturel, et on n'a pas eu de bien excellents résultats ; il est évident que l'élaboration à laquelle ce balsamique est soumis dans le rein ajoute beaucoup à sa vertu curative.

Nous croyons devoir reproduire les conclusions d'un très-bon mémoire de M. Roquette (1); nous nous y associons pleinement.

« 1° Le baume de copahu, n'agissant dans les affections des organes génito-urinaires que par les propriétés qu'il imprime à l'urine, devient inutile dans toutes les inflammations des muqueuses génitales qui ne sont pas en contact avec l'urine.....

« 2° Le copahu, agissant uniquement en raison des propriétés qu'il imprime à l'urine, n'est donc pas un dérivatif, comme le croyait le Dr Ansiaux; sa falsification avec l'huile de ricin n'est donc pas innocente, son mélange avec les huiles fines et l'essence de térébenthine, substances incapables de modifier l'urine dans le sens du copahu, est donc une manœuvre coupable (2).

« 3° Enfin, puisqu'il est constaté que c'est quand le copahu est toléré qu'il est éliminé presque en totalité

(1) Accidents déterminés par le copahu (*Union médicale*, 19 décembre 1854).

(2) Nous ne pouvons qu'appuyer sur ce que dit M. Roquette. Les copahus purs sont devenus très-rares ou plutôt assez chers, et dans certaines officines on ne trouve guère que des copahus falsifiés avec de l'huile de ricin. Et nous nous étonnons, après cela, quand nous voyons l'état de nos malades ne pas être amélioré, alors même que nous leur avons fait prendre des quantités considérables de copahu sous toutes les formes !

par les reins, et par suite que son action sur l'urine est la plus forte, le praticien qui administre ce remède doit s'efforcer par tous les moyens possibles de prévenir les selles trop fréquentes, les nausées, les vomissements, les éruptions cutanées, tous les symptômes en un mot qui indiquent que l'action du baume de copahu se fait sentir là où elle est inutile, c'est-à-dire dans un point de l'économie autre que les reins. »

Le cubèbe est moins actif que le copahu, mais il est infiniment mieux toléré ; il n'occasionne ni nausées ni vomissements, et très-rarement de la diarrhée ; il n'est presque jamais suivi d'éruptions cutanées. Il a, il faut le dire, un grave inconvénient, sur lequel M. Debout a appelé l'attention, il donne quelquefois lieu à des vertiges, des étourdissements. L'un de nous, dans sa clientèle, a observé un cas dans lequel ces accidents, répétés à chaque ingestion, ont dû en faire cesser l'emploi.

Le copahu se donne à la dose de 12 à 16 grammes par jour, d'emblée. Certains médecins préfèrent n'en donner que 2 grammes au début du traitement, en augmentant chaque jour la dose. Nous ne voyons aucun avantage à cette méthode, qui a l'inconvénient certain d'être moins rapidement efficace que la précédente. Quant au cubèbe, on en donne généralement de 15 à 30 grammes par jour. Il est très-inutile de faire précéder les balsamiques par un traitement préparatoire avec l'eau de goudron, le sirop de tolu, de bourgeons de sapin ou de térébenthine.

Une des formules les plus efficaces pour l'administration du copahu, c'est celle de la potion de Chopart

(voir le Formulaire à la fin du volume) ; mais tous les malades ne veulent pas prendre ce breuvage repoussant, qui a du reste l'inconvénient de provoquer des vomissements chez un certain nombre d'individus. Pour le faire supporter, M. Ricord fait prendre immédiatement après son ingestion un verre d'eau de Seltz ou quelques cuillerées de la potion de Rivière.

Les capsules renfermant le copahu sous une enveloppe gélatineuse seraient une excellente préparation, si le copahu qu'elles renferment était toujours parfaitement pur.

Pour éviter les inconvénients résultant du passage du copahu dans l'estomac, on a proposé les lavements, dont voici la formule la plus employée :

Copahu.	20 grammes.
Jaune d'œuf.	n° 1.
Eau tiède.	100 grammes.

On commence par laver l'intestin au moyen d'un lavement d'eau ordinaire, puis on prend le lavement médicamenteux, qu'il faut garder pendant plusieurs heures ; nous en avons obtenu d'excellents effets dans un certain nombre de cas. M. Ratier est arrivé aussi à de très-bons résultats, en conseillant aux malades d'introduire les capsules copahiques *huilées* dans le rectum.

Nous parvenons à faire supporter le copahu par l'estomac et par l'intestin en l'associant aux astringents et aux toniques. Voici la formule de l'électuaire que nous employons d'habitude :

Cubèbe	30 grammes.
Carbonate de fer.	āā 4 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	
Extrait de ratanhia.	8 —
Cachou.	4 —
Copahu.	q. s.

Faire s. a. un électuaire, dont on prendra trois fois par jour gros comme une noisette de moyenne grosseur dans une hostie mouillée.

Nous ne connaissons à cette préparation qu'un défaut, c'est qu'elle est d'un prix un peu élevé; mais toutes les fois qu'on pourra la prescrire, elle produira de très-bons effets, elle ne donne ni renvois, ni vomissements, ni diarrhée, et elle est très-active.

On verra dans le Formulaire que les préparations dans lesquelles sont associés le copahu et le cubèbe, ou bien qui ne contiennent qu'une seule de ces substances, sont en très-grand nombre, qu'elles peuvent répondre à tous les besoins du praticien et à toutes les indications spéciales. On devra n'en cesser l'emploi que huit jours après que tout écoulement aura disparu, et à partir de ce moment on diminuera progressivement la dose.

Les succédanés du cubèbe et du copahu sont la térébenthine de Venise, le baume du Canada, le goudron; mais ils ont tous une action bien moins puissante.

Le traitement de la blennorrhagie par les révulsifs drastiques est aujourd'hui abandonné. On peut obtenir, dans certains cas, la guérison d'une blennorrhagie aiguë par la coloquinte ou l'aloès, mais on échouera

souvent et on aura inutilement soumis le malade à une médication violente.

En même temps que le traitement interne, on doit employer les moyens directs, qui contribuent pour une forte part à la guérison définitive. Ces moyens directs consistent surtout en injections dans l'urèthre de substances légèrement caustiques ou simplement astringentes ; on ne doit les donner que lorsque tout symptôme inflammatoire a cessé, et seulement quelques jours après avoir fait prendre les balsamiques.

La substance la plus généralement employée, c'est le sulfate de zinc. Ce sel est la base d'un très-grand nombre de solutions. L'injection suivante, dite de M. Ricord, est souvent ordonnée :

Eau de roses.	200	grammes.
Sulfate de zinc	1	—
Acétate de plomb	2	—
Teinture de cachou.	ãã 4	—
Laudanum de Sydenham. . . .		

Le sous-acétate de plomb, l'alun, le tannin, le tannate de zinc, la glycérine, le nitrate d'argent à dose très-faible (5 centigr. pour 50 gr. d'eau distillée), toutes ces substances sont aussi employées ; nous renvoyons au Formulaire pour les doses auxquelles on les donne et pour les agents auxquels on les associe.

Les injections au sous-nitrate de bismuth ont été préconisées par M. le D[r] Caby, ancien interne de Saint-Lazare (1). Ce sel, presque insoluble, se dépose sur la

(1) Thèses de Paris, 1857.

muqueuse et tient éloignées les parois de l'urèthre. Il agit surtout par l'isolement des surfaces, mais il n'a pas, croyons-nous, d'action médicamenteuse bien marquée. C'est néanmoins un excellent adjuvant du traitement par les balsamiques.

Le perchlorure de fer a été aussi donné en injection contre la blennorrhagie à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme pour 30 grammes d'eau. On en a obtenu de bons effets.

L'injection au bichlorure d'hydrargyre (5 à 10 centigrammes pour 100 grammes d'eau) a été vantée par Hunter; elle est aujourd'hui abandonnée. Il en est de même de l'injection au chloroforme de M. Venot.

On a fait grand bruit, il y a deux ou trois ans, du traitement de la blennorrhagie par le matico (*piper angustifolium*), donné à l'intérieur sous forme de sirop ou incorporé dans des capsules, et à l'extérieur en injections. Nous avons pu, dans plusieurs circonstances, constater l'insuffisance de cette médication, et l'un de nous, qui l'a vu expérimenter à l'hôpital du Midi sur une grande échelle, a pu s'assurer du peu de résultats qu'elle produit.

Nous ne parlerons pas du traitement antisyphilitique appliqué à la blennorrhagie, nous nous sommes trop nettement expliqués sur la nature complétement distincte de cette affection pour que nous ayons à y revenir; nous croyons au reste qu'aujourd'hui le nombre est bien restreint des praticiens qui feraient subir à leurs clients le fameux traitement des fiançailles!

Dans la plus grande majorité des cas, la blennorrha-

gie traitée par les balsamiques et les astringents est guérie après deux, trois ou quatre septénaires de traitement. Si l'écoulement persiste au delà de ce temps, c'est-à-dire si la blennorrhagie passe à l'état chronique, les agents thérapeutiques restent sans action, et on doit recourir à d'autres moyens.

Nous avons dit que la blennorrhée avait souvent pour siége les cryptes muqueux de l'urèthre, les lacunes de Morgagni. M. Guérin a proposé d'introduire dans le canal une sonde terminée par une olive volumineuse qui, par la pression exercée sur les parois, vidait les lacunes dans lesquelles le pus était accumulé. Ce mode de traitement est parfaitement rationnel, mais il peut être remplacé, comme l'a proposé M. Montanier (1) tout récemment, par le cathétérisme avec une bougie de dimension moyenne. Ce procédé a d'abord pour résultat d'obvier aux rétrécissements, conséquence fréquente de la blennorrhée, et puis il agit sur la muqueuse, dont il modifie la vitalité par la compression qu'il exerce et par la préparation médicamenteuse dont elle peut être enduite. On emploie à cet effet des pommades composées d'une partie de nitrate d'argent, de poudre de tannin ou d'alun, pour 5 parties d'axonge ou de suif.

On a obtenu aussi de bons effets, dans la blennorrhée, d'injections au nitrate d'argent à dose assez faible (25 centigr. à 1 gr. de sel pour 100 gr. d'eau distillée). Le meilleur moyen pour porter cette solu-

(1) Gazette des hôpitaux, 1863.

tion sur le siége même de l'inflammation chronique, c'est de se servir d'un porte-caustique. M. Bron, de Lyon, M. Chassaignac et M. Clerc (1), ont inventé des instruments assez ingénieux pour arriver à ce but; celui auquel nous donnons cependant la préférence est celui de M. Clerc, qui a l'avantage de pouvoir être indifféremment chargé de substances solides ou liquides, et qui peut au besoin remplacer le porte-caustique de Lallemand.

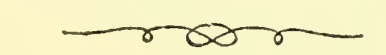
S'il existe dans l'urèthre des ulcérations et des fongosités, on sera obligé d'avoir recours à une véritable cautérisation avec le nitrate d'argent fondu, porté sur les points malades avec le porte-caustique. On peut quelquefois cautériser directement les cavités des follicules situés au pourtour du méat et qui sont le siége d'une inflammation chronique. On introduit par leur orifice, duquel on voit sortir deux gouttelettes de pus, une aiguille à tricoter très-fine qu'on fait chauffer ensuite à la flamme d'une bougie.

Benjamin Bell a conseillé, dans les blennorrhées qui résistent à tous les traitements, l'application des vésicatoires sur les cuisses, les aines, le périnée, et même sur la verge. Comme le dit fort judicieusement M. Cullerier, il faut se garder d'appliquer les vésicatoires sur la verge, de peur d'amener la gangrène. Quant à ceux qu'on placerait sur les cuisses, les aines ou le périnée, ils auraient l'inconvénient d'exposer le malade à une cystite cantharidienne.

(1) Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1860.

Comme médication générale, on devra avoir recours aux toniques et aux ferrugineux dans tous les cas où la blennorrhée paraîtra liée à un état de chloro-anémie ou de faiblesse constitutionnelle. Les bains de mer, les douches froides, les bains de rivière, l'hydrothérapie, sont presque toujours indiqués. Si l'affection est entretenue par le vice herpétique, on obtiendra de bons effets des alcalins ou des sulfureux; si elle tient à la goutte, on prescrira avec succès le vin de colchique.

Il n'est pas d'affection dont le traitement exige plus de tact et de patience de la part du praticien qui le dirige que celui de la blennorrhée; son caractère essentiellement chronique, sa ténacité, la multiplicité des causes qui l'entretiennent, et, d'un autre côté, l'état du malade qui en est atteint, les chimères qu'il se forge, la crédulité avec laquelle il se soumet aux manœuvres les plus grossières des empiriques et des charlatans, la défiance qu'il témoigne en revanche à son médecin ordinaire, rendent le rôle de ce dernier toujours ardu et difficile.



COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE.

1° Balano-posthite.

On donne le nom de *balano-posthite* (blennorrhagie bâtarde, chaudepisse externe) à l'inflammation de la muqueuse glando-préputiale. Si l'affection est limitée au gland, elle s'appelle *balanite*, et *posthite* lorsqu'elle

n'occupe que le prépuce. Elle envahit le plus souvent les deux feuillets muqueux en même temps.

Étiologie. — La balanite se montre à tous les âges, chez l'enfant et chez le vieillard. Dans ce dernier cas, elle est ordinairement symptomatique d'une lésion dartreuse, d'un eczéma du prépuce. Elle est beaucoup plus fréquente chez l'adulte qu'aux deux extrêmes de la vie.

La contagion est la cause première de cette affection, mais elle survient également, d'après les remarques de la plupart des auteurs, après le coït avec une femme atteinte de flueurs blanches, de cancer, etc.

La malpropreté, les excès de coït, la masturbation, suffisent maintes fois pour la produire. Le phimosis congénital et accidentel constitue une cause prédisposante des plus manifestes. Toutes les lésions du gland et du prépuce, les végétations, les plaques muqueuses, les ulcérations de toutes sortes, donnent souvent naissance à un écoulement plus ou moins abondant, par suite de l'irritation qu'elles produisent; mais la sécrétion qui se fait alors est liée à la présence de ces diverses manifestations, et c'est à tort que l'on a voulu confondre avec la balano-posthite vraie l'inflammation secondaire qui survient dans ces cas, et qui disparaît avec la destruction de la cause qui l'a fait naître.

Symptomatologie. — La maladie débute quelques jours après le coït; le malade éprouve un sentiment de chaleur, des démangeaisons. Le gland devient d'un

rouge vif, la muqueuse préputiale ne tarde pas à présenter la même coloration. La sécrétion, peu abondante au commencement, augmente; elle est d'abord formée par du mucus, mais elle passe bientôt à l'état purulent.

Si l'affection persiste, l'épithélium s'exfolie, et laisse à nu des exulcérations plus ou moins étendues. Les érosions ont une forme irrégulière, un fond rosé et parfois grisâtre, elles sont plus ou moins nombreuses; dans quelques circonstances la muqueuse est entièrement détruite et le gland complétement dénudé. L'écoulement s'épaissit : il présente les mêmes caractères que dans la blennorrhagie uréthrale, il passe successivement par les teintes jaune, verte; il est parfois rouillé, lorsqu'il se fait de petites hémorrhagies dont le sang se mêle à la matière purulente. La sécrétion est souvent très-abondante, et dans le cas de phimosis, elle s'accumule sous le prépuce et peut amener une perforation de cette membrane. Dans tous les cas, elle exhale une odeur infecte.

Une douleur plus ou moins violente accompagne ces signes locaux; il n'y a pas ordinairement de symptômes généraux.

Marche, durée, terminaisons. — La balanite a une marche aiguë. Elle apparaît dans le courant du premier septénaire, après le coït infectieux, et parvient en deux à cinq jours à son apogée. Lorsqu'elle n'est pas traitée ou que l'on emploie contre elle des moyens peu convenables, elle peut rester stationnaire pendant fort

longtemps, mais dans le cas contraire, elle guérit très-vite.

Si elle a pour cause une lésion du gland ou du prépuce, on en obtient la disparition en opposant une thérapeutique appropriée à l'affection qui l'entretient.

La guérison est la terminaison ordinaire de la blennorrhagie bâtarde, et il est rare de la voir produire la gangrène ou la perforation du prépuce, à moins de complications.

Diagnostic. — Un écoulement purulent plus ou moins abondant, se faisant à la surface de la muqueuse glando-préputiale, caractérise suffisamment cette affection pour qu'il soit inutile d'insister sur le diagnostic.

Dans le cas de phimosis, lorsque le gland ne peut être mis à découvert, et qu'il est impossible d'apercevoir l'ouverture de l'urèthre, il est quelquefois difficile de savoir si le liquide vient du dehors ou de l'intérieur du canal. Mais l'absence de douleur en urinant permet presque toujours de reconnaître le siége de la maladie.

Il ne suffit pas de diagnostiquer la balano-posthite, il faut encore établir si elle est simple ou compliquée. Lorsque le gland peut être mis à découvert, on constate avec la plus grande facilité la présence de plaques muqueuses, d'ulcérations secondaires, de chancres, de végétations, etc.; mais, lorsqu'il y a phimosis, il n'en est plus de même, et dans beaucoup de cas, on est contraint d'attendre que l'inflammation soit un peu calmée pour se prononcer, et même alors, on ne peut porter un dia-

gnostic absolu qu'à la condition de mettre les lésions à nu en enlevant le prépuce. Nous avons vu, dans un cas, une végétation dure et résistante en imposer pour un chancre infectant, et le malade fut soumis au traitement mercuriel ; on ne s'aperçut de l'erreur qu'au moment de l'opération. S'il est difficile dans ces circonstances de faire un diagnostic précis, on peut au moins reconnaître, avec la palpation, la présence d'une lésion sous le prépuce, et alors on arrive souvent à la vérité en étudiant les autres symptômes qui l'accompagnent : avec le chancre simple, il y a maintes fois un bubon inflammatoire, avec l'ulcère infectant, la pléiade, etc.

Pronostic. — Lorsque l'on a affaire à une balanite simple, la maladie n'offre aucune gravité, et guérit en quelques jours sans laisser de traces.

Si l'affection est symptomatique, le pronostic varie avec la nature de la lésion ; l'inflammation de la muqueuse n'a plus alors qu'une importance tout à fait secondaire.

C'est faute d'avoir distingué ces deux variétés de balanites, si essentiellement différentes, que les auteurs, en confondant tout, ont voulu faire jouer un rôle doctrinal si important à cette affection (1).

La blennorrhagie bâtarde est une inflammation analogue à la chaudepisse, elle n'a, comme elle, rien de

(1) H. de Castelnau, Quelques considérations sur les érosions syphilitiques en général, et sur la balanite en particulier (*Annuaire des maladies de la peau et de la syphilis*, 2e année, 1845).

commun avec la syphilis. Il est évident que la muqueuse balano-préputiale n'est pas, plus que les autres points du corps, à l'abri des accidents qui se montrent dans le cours de la vérole. Elle peut donc être le siége de tous les symptômes syphilitiques possibles ; ce n'est pas une raison pour en faire une affection de même nature, et pour confondre avec la balano-posthite simplement inflammatoire l'irritation et l'écoulement qui ont lieu dans ces circonstances.

Traitement. — La balanite ne réclame jamais de traitement général, c'est une affection toujours locale. Lorsqu'il existe simultanément d'autres lésions, on leur oppose un traitement convenable; mais la blennorrhagie bâtarde simple, inflammatoire, guérit toujours avec le seul secours des moyens locaux.

Les soins de propreté, les lotions fréquentes, suffisent, dans beaucoup de cas, pour faire disparaître la maladie, surtout si on isole en même temps les deux surfaces muqueuses à l'aide d'un linge fin, de ouate, de coton ou de charpie.

Lorsque l'inflammation est vive, on emploie les bains locaux avec de l'eau de guimauve, de graine de lin, ou la décoction de têtes de pavot, de morelle, etc., ou mieux encore avec un liquide chargé d'extrait d'opium ou additionné de laudanum.

Dans les cas ordinaires, on met en usage les lotions avec le vin aromatique, l'eau de Goulard, l'eau chlorurée, etc.

Un traitement qui réussit très-bien est celui qui a été

recommandé par M. Ricord : il consiste à cautériser la muqueuse à l'aide de la pierre infernale, ou à injecter sous le prépuce un liquide contenant une forte proportion de nitrate d'argent :

Azotate d'argent. . . .	0,10 à 1 gramme.
Eau	30 grammes.

On interpose ensuite entre le gland et le prépuce un linge trempé dans une solution astringente; avec ce procédé, on obtient souvent la résolution en quarante-huit heures.

Lorsqu'il y a phimosis, on fait des injections sous le prépuce avec les différents liquides que nous venons de signaler.

Dans les cas où la phlogose est excessivement violente, lorsqu'il y a menace de gangrène, on se trouve bien du débridement; et même il serait bon, surtout dans l'inflammation chronique, de faire la circonsision.

Si l'on soupçonne la présence d'un chancre simple, il faut se garder de toute opération, car, dans ce cas, la plaie devient fatalement chancreuse. On sait que l'ulcère infectant n'expose pas au même accident; il n'est donc pas une contre-indication à l'emploi de l'instrument tranchant.

2° Lymphite et Adénite.

On observe souvent l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de la verge comme complication de la blennorrhagie. Les lotions irritantes, les excès de coït,

la malpropreté, l'abus des boissons alcooliques pendant la période inflammatoire, sont autant de causes qui produisent ce résultat. Le gland devient douloureux, le prépuce et le fourreau de la verge s'œdématient, prennent une couleur rosée et présentent des bosselures. Au toucher, on peut sentir dans l'épaisseur de la peau des cordons noueux, se dirigeant dans le sens de la verge et douloureux à la pression. Les ganglions inguinaux se prennent aussi, deviennent plus volumineux; ils sont le siége d'élancements et peuvent, dans quelques cas, arriver à la suppuration. Nous n'insisterons pas sur les différents caractères de la lymphite et de l'adénite, qu'on retrouve comme complication de toutes les maladies aiguës, et qui sont décrites dans tous les traités. On devra, pour les combattre, avoir recours aux antiphlogistiques (sangsues à l'aine, saignée générale). On prescrira aussi les grands bains, les lotions émollientes et résolutives sur la verge, le repos absolu. Si des foyers purulents se forment sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, on devra les ouvrir pour éviter les infiltrations et les décollements de la peau de la verge.

3° Inflammation des glandes de Cowper et abcès de l'urèthre.

Nous avons déjà parlé de cette complication en décrivant les symptômes de la blennorrhagie et de la blennorrhée; mais nous n'avons pas indiqué une conséquence fréquente de l'inflammation des glandes de. Cowper, c'est la production d'abcès péri-uréthraux

Quelquefois l'existence de ces abcès n'est soupçonnée ni par le médecin ni par le malade, qui ne s'en aperçoit qu'au moment de leur ouverture; mais plus souvent il éprouve sur un point une douleur fixe pulsatile, et, par la palpation, on constate à ce point déterminé une petite tumeur dure, de forme ovoïde, et qui augmente bientôt de volume. Elle siége sur un des côtés du raphé, en arrière du bulbe et au devant de la ligne bi-ischiatique.

Les auteurs ont admis deux formes d'inflammations des glandes de Cowper : la forme aiguë, à laquelle M. Ricord a donné avec raison le nom de phlegmoneuse, et la forme chronique, plus rare encore que la première, et dont M. Gubler, auteur d'une excellente thèse sur ce sujet, ne cite qu'une seule observation. C'est donc surtout la première forme qui donne lieu aux abcès péri-uréthaux.

On sait que les glandes de Cowper sont au nombre de deux; elles ont le volume d'un noyau de cerise. Elles sont situées au-dessous de la portion membraneuse de l'urèthre, de chaque côté de la ligne médiane, et recouvertes en partie par les fibres du muscle de Wilson. Elles ont la plus grande analogie avec les glandes vulvo-vaginales chez la femme, glandes qui, comme nous le verrons bientôt, sont aussi le siége d'inflammation et d'abcès analogues. Il est rare que les deux glandes de Cowper soient prises en même temps; la marche de l'abcès est rapide, et au bout d'un septénaire on peut généralement les ouvrir. Leur diagnostic ne présente le plus souvent aucune difficulté, à cause du siége con-

stant de la tumeur et de la coexistence d'une blennorrhagie uréthrale. Les abcès péri-uréthraux peuvent aussi résulter d'une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire de la verge ou des lacunes de Morgagni ; ces abcès, qui ne diffèrent des précédents que par leur siége, se terminent presque toujours par suppuration ; ils ont une grande tendance à la guérison dès que le pus qu'ils contenaient a été évacué. Il faut toujours les ouvrir le plus tôt possible, pour éviter les décollements et les fistules urinaires, qui se produisent toutes les fois que le foyer communique en même temps avec le canal de l'urèthre et avec l'extérieur.

4° Pénitis ; induration des corps caverneux.

Cet accident est assez rare ; il vient quelquefois compliquer les blennorrhagies à symptômes inflammatoires très-intenses, et dans lesquelles le tissu érectile vient participer à la phlogose. La verge augmente de volume ; un des côtés de cet organe est le siége d'un gonflement fusiforme peu considérable ; la peau ne change pas de couleur, les vaisseaux lymphatiques ne sont pas indurés ; mais la pression détermine une douleur sourde et profonde d'un caractère tout spécial. L'état inflammatoire aigu n'a pas une durée bien longue, il est suivi d'un épanchement plastique qui produit une induration du corps caverneux qui en était le siége. Cette induration affecte différentes formes qui gênent plus ou moins l'érection et la rendent forcément incomplète.

On devra, dès qu'on aura constaté l'inflammation des corps caverneux, employer les antiphlogistiques, la

saignée générale, les sangsues à l'aine ou à la racine de la verge, les frictions avec les pommades résolutives et fondantes. Si ces moyens ne suffisent pas à empêcher la production de l'épanchement plastique, on devra avoir recours à l'iodure de potassium, donné à l'intérieur à la dose de 2 à 5 grammes par jour.

5° Orchite.

On donne le nom d'*orchite* (*épididymite*, *hernie humorale*, *chaudepisse tombée dans les bourses*, etc.), à l'inflammation du testicule.

Étiologie. — L'orchite peut se montrer sous l'influence d'une violence directe, d'une irritation quelconque de l'urèthre, comme l'introduction des sondes, des bougies, des cathéters, etc., ou encore par métastase comme dans la parotidite. Nous ne nous occuperons que de la variété qui appartient à la blennorrhagie dont elle constitue une des complications les plus fréquentes.

C'est ordinairement vers le déclin de la maladie, alors que l'écoulement est peu abondant, que l'épididymite se montre. Elle apparaît rarement pendant le premier septénaire, plus rarement encore lorsque l'écoulement a complétement cessé, cependant on a rapporté de ces faits exceptionnels (1). Il est probable que pour le dernier cas en particulier, il reste dans la partie profonde du canal un endroit malade qui devient le point de départ de la complication.

(1) Velpeau, Dictionnaire en 30 vol.

La blennorrhagie est la cause première de l'orchite, qui n'apparaît ordinairement que lorsque l'affection s'est étendue aux parties postérieures de l'urèthre, ce qui explique parfaitement pourquoi cet accident ne se montre en général qu'à une époque avancée de la maladie; l'on sait en effet que dans la grande majorité des cas, la blennorrhagie débute par la fosse naviculaire pour gagner de là les régions plus profondément situées.

On a accusé le copahu, le cubèbe, les injections, d'amener cette inflammation; c'est à tort, suivant nous, et s'il est vrai que ces médicaments, employés d'une façon intempestive, puissent avoir une certaine action sur le développement de l'affection, ils s'opposent le plus souvent à son apparition puisqu'ils guérissent, administrés en temps opportun, l'écoulement, cause première de sa production. L'orchite peut se montrer chez les malades qui se soumettent aux règles hygiéniques les mieux entendues, mais il faut avouer qu'elle est beaucoup plus fréquente chez ceux qui n'observent aucune hygiène, font des excès, de longues courses, des exercices fatigants, chez ceux encore qui, tout en ne se livrant pas au coït, ne s'éloignent pas cependant complétement des femmes.

L'intensité de l'inflammation n'a pas d'influence sur la production de l'orchite, tel est du moins le résultat des observations de M. de Castelnau (1). L'âge prédispo-

(1) Des Engorgements syphilitiques des testicules (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis,* t. I).

serait à certaines formes d'après Vidal (1), ainsi l'orchite parenchymateuse serait plus fréquente chez les sujets qui prennent la chaudepisse de 18 à 21 ans.

Il n'y a ordinairement qu'un testicule de malade, mais il n'est pas rare de voir le second se prendre plus tard ; dans ce cas l'inflammation peut disparaître dans le premier, quelquefois pour y revenir un peu plus tard.

On a proposé diverses théories pour expliquer le développement de l'orchite blennorrhagique ; celle de l'extension a prévalu. D'après cette théorie qui a surtout été développée par M. Velpeau, l'inflammation chemine de proche en proche, arrive aux canaux éjaculateurs, gagne les vésicules séminales, parcourt le canal déférent, et envahit l'épididyme, où elle reste limitée le plus souvent ; dans quelques cas elle s'étend aux autres parties du testicule.

Dans la doctrine de la métastase, défendue avec talent par M. de Castelnau (2), la maladie passerait sans transition de l'urèthre au testicule.

Sans doute, la propagation peut expliquer l'extension de la maladie, mais cependant on peut, avec Vidal, faire les objections suivantes à ceux qui prétendent qu'elle est satisfaisante pour tous les cas : « D'où vient qu'il n'y a ordinairement qu'un testicule de pris ? Les orifices des canaux éjaculateurs sont cependant bien voisins, et, pour peu que l'inflammation de la

(1) Traité des maladies vénériennes, 3e édition.
(2) Loc. cit.

portion profonde de l'urèthre soit étendue, les deux méats devraient subir la même influence. D'où vient que, dans certains cas, l'orchite passe avec une grande rapidité d'un côté à l'autre sans laisser de trace de son existence du côté qui vient d'être abandonné par la maladie ? D'où vient enfin que quelquefois le canal déférent ne se gonfle qu'après l'épididyme ?» Enfin quand une articulation, quand les membranes internes de l'œil deviennent malades pendant le cours d'une blennorrhagie, expliquera-t-on encore les faits par la théorie de l'extension ?

Anatomie pathologique. — On a rarement l'occasion d'étudier sur le cadavre les lésions que produit l'orchite ; il existe cependant dans la science quelques faits où la mort du sujet, survenue à la suite d'une maladie intercurrente, a permis d'examiner les altérations anatomiques; ces faits sont dus à MM. Gaussail (1), de Castelnau (2), Marcé (3), Curling (4), Hardy (5).

Les lésions observées par ces différents auteurs sont celles de l'inflammation. Le volume de la tumeur est surtout constitué par l'épididyme. Cet organe est rouge, injecté ; entre ses circonvolutions et dans l'intérieur de

(1) Mémoire sur l'orchite blennorrhagique (*Archives générales de médecine*, 1831).

(2) Loc. cit.

(3) Gazette des hôpitaux, 1854.

(4) Traité pratique des maladies du testicule, trad. par M. Gosselin, 1857.

(5) Études sur les inflammations du testicule, et principalement sur l'épididymite et l'orchite blennorrhagique (thèse, 1860).

son conduit, on a trouvé tantôt un dépôt brunâtre (Curling), tantôt des dépôts jaunâtres composés de granulations graisseuses, de globules granuleux d'inflammation et de quelques globules de pus (Gosselin et Robin).

Lorsque le testicule est malade, on le trouve plus volumineux qu'à l'état normal, hypérémié; il en est de même du canal déférent, dont les parois sont épaissies, et qui acquiert une grosseur double ou triple de son volume normal.

Dans la plupart des cas, la tunique vaginale participe à l'inflammation, elle est phlogosée, distendue par un liquide de couleur citrine, albumineux; à une époque plus avancée, le liquide se trouble, s'épaissit, et les deux feuillets de la séreuse offrent des adhérences plus ou moins étendues.

Symptomatologie. — L'orchite a quelquefois un début brusque, le malade sent tout à coup une douleur violente au niveau du testicule, le gonflement de l'organe suit de près ce premier symptôme, et la maladie arrive bientôt à son summum d'intensité.

Le plus souvent, il existe pendant quelques jours des signes précurseurs, ce sont des douleurs vagues dans l'aine, au périnée, un sentiment de pesanteur dans le testicule; d'autres fois, des envies fréquentes d'uriner; plus rarement des phénomènes généraux, du malaise, de la fièvre, des frissons.

Quel que soit le début, au bout de quelques jours, la maladie se confirme, et on constate tous les caractères

d'une inflammation plus ou moins vive. A la région scrotale, on trouve une tumeur dont le volume est variable, chaude, rouge, tendue, douloureuse à la moindre pression. Cette tumeur est formée par les différentes parties qui entrent dans la composition de l'organe séminal.

Le testicule est augmenté de volume, mais les deux éléments qui le composent prennent une part fort différente au gonflement. L'épididyme a doublé et même triplé, et forme à lui seul la plus grande partie de la tumeur dans l'immense majorité des cas, aussi quelques auteurs ont-ils proposé de donner à l'orchite blennorrhagique le nom d'*épididymite*. Cet organe est facile à reconnaître, il est placé au-dessus et en arrière du testicule, qu'il coiffe à la manière d'un cimier de casque, un sillon facile à trouver établit entre lui et le testicule une ligne de démarcation bien tranchée. Il n'est pas rare de rencontrer l'épididyme en avant comme l'ont prouvé les recherches de M. Royet (1), et il faut être prévenu de ce fait pour éviter certaines méprises fâcheuses.

Le testicule participe dans des limites bien restreintes au volume de la tumeur, au moins dans la généralité des cas, et l'on s'explique difficilement aujourd'hui comment Dupuytren a pu écrire qu'elle était presque uniquement constituée par cet organe. Il peut rester entièrement sain, cependant le plus souvent il est également un peu enflammé et par conséquent aug-

(1) De l'Inversion du testicule. Paris, 1859.

mente dans une certaine proportion les dimensions de la tumeur.

Dans quelques cas exceptionnels, la substance testiculaire est le siége principal de l'inflammation (orchite *parenchymateuse*), et alors la tumeur a la forme du testicule, elle est ovoïde, fait saillie en avant. Cette variété est beaucoup plus douloureuse que la précédente et s'accompagne assez souvent de symptômes généraux graves.

Fréquemment, on observe avec l'orchite un épanchement plus ou moins abondant de liquide dans la tunique vaginale ; sa présence est facile à reconnaître lorsque la tumeur n'est pas encore trop tendue , c'est-à-dire à la première période de l'affection. Ce liquide n'existe pas toujours avec l'épididymite, comme M. Rochoux (1) l'a avancé , mais on le trouve plus souvent que l'ont prétendu certains auteurs.

L'inflammation envahit le cordon dans beaucoup de cas, alors son volume est augmenté, il est douloureux à la pression, s'étend de la queue de l'épididyme jusque dans l'aine sous forme d'une saillie oblongue constituée par le canal déférent et les autres éléments du cordon réunis entre eux par le tissu cellulaire enflammé ; cette saillie est dure, résistante, douloureuse, elle traverse le canal inguinal et va se perdre dans l'intérieur du bassin.

(1) Du Siége et de la nature de la maladie improprement appelée orchite blennorrhagique ou testicule vénérien (*Archives générales de médecine,* 1833).

Ces différentes parties sont recouvertes par la peau qui est tendue, lisse, d'un rouge vif, douloureuse au moindre attouchement. Dans certaines circonstances, le tissu cellulaire est le siége d'un œdème, en particulier dans l'orchite parenchymateuse.

On a voulu faire autant de variétés d'orchites qu'il y a d'éléments dans le testicule, et leur donner alors les noms d'*épididymite*, de *vaginalite* et d'*orchite parenchymateuse*, suivant que l'on supposait l'inflammation limitée à l'épididyme, à la séreuse, ou au tissu testiculaire lui-même; ces divisions ont une certaine valeur puisque les symptômes diffèrent un peu suivant que telle ou telle partie est le siége principal de la maladie, et que le traitement réclame quelques modifications suivant ces circonstances, mais, le plus souvent, chaque élément participe dans une certaine proportion à l'inflammation, et tout ce que l'on peut dire c'est qu'elle est ordinairement beaucoup plus vive dans l'un d'eux; pour l'orchite blennorrhagique c'est presque toujours l'épididyme qui est le siége principal de la maladie.

Au point de vue de l'intensité des symptômes, il faut, dans l'épididymite, admettre deux formes entre lesquelles on peut placer toutes les variétés intermédiaires. Dans la première, il y a un gonflement léger de l'épididyme, un peu de rougenr de la peau, sans gonflement ni tension; la douleur est peu marquée. Pour la seconde, la tumeur est très-volumineuse, chaude, rouge, formée surtout par l'épididyme; elle est le siége d'une douleur vive, il y a retentissement général sur l'économie.

Les symptômes généraux varient dans ces deux variétés : dans la première forme, ils sont à peu près nuls; dans la seconde, au contraire, ils sont plus ou moins accentués, il y a de la fièvre, de la chaleur à la peau, de l'anorexie, de la constipation, de l'ardeur en urinant, quelquefois des vomissements. Lorsque la maladie affecte surtout le parenchyme du testicule, ces symptômes prennent parfois une grande intensité, il s'y joint du délire, de l'anxiété, du refroidissement de la peau, en un mot, tous les symptômes d'un étranglement intense.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — Dans la forme bénigne, la maladie arrive à son apogée dès le troisième jour, et se termine vers le sixième ou le huitième. Pour peu que l'inflammation ait d'intensité, la durée est plus longue, les symptômes augmentent graduellement jusqu'à la fin du premier septénaire, puis l'affection reste stationnaire pendant quelques jours; ils diminuent ensuite peu à peu, pour se terminer du quinzième au vingt-cinquième jour.

La terminaison habituelle est la résolution; elle se fait d'abord dans le corps de l'épididyme, puis dans la tête, et en dernier lieu dans la queue; souvent, après la cessation de tous les symptômes, on peut dire après la guérison de la maladie, il reste, au niveau de la queue épididymique, un engorgement, une dureté remarquable qui persiste souvent pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. Cet engorgement de l'épididyme peut-il empêcher la sécrétion du sperme,

et par conséquent s'opposer à la fécondation, lorsqu'il existe dans les deux testicules ? Cette conséquence est possible, d'après la remarque de bons observateurs ; aussi doit-on chercher, par tous les moyens possibles, à obtenir la résorption de cet épanchement plastique.

L'orchite se termine aussi par suppuration. MM. Velpeau, Ricord, Curling, etc., en ont rapporté des exemples. Beaucoup d'auteurs admettent que, dans ce cas, le mode de terminaison tient non pas à l'acuité de l'inflammation, mais à un vice de la constitution, et en particulier à la disposition tuberculeuse.

M. Baumès a observé la gangrène à la suite de l'orchite, M. Curling en rapporte également un exemple, dû à Harvey-Ludlow : ce sont, avec l'observation relatée dans les *Mémoires de chirurgie* d'Arnaud (1), les seuls qui existent dans la science.

L'hypertrophie est rare, l'atrophie plus fréquente, et l'induration, comme nous l'avons vu, est une terminaison assez commune ; elle siége ordinairement au niveau de la queue de l'épididyme.

Diagnostic. — Il est presque toujours facile de diagnostiquer l'orchite blennorrhagique ; l'existence de l'écoulement, les symptômes aigus, la marche rapide de la maladie, suffisent pour la faire reconnaître.

Le testicule retenu dans l'anneau et enflammé en a imposé parfois pour une hernie étranglée, mais l'ab-

(1) A. Bérard, thèse de concours, 1834.

sence de l'organe dans le scrotum donnera la clef des accidents.

La hernie inguinale étranglée est également difficile à distinguer de l'orchite dans quelques cas, d'autant plus que cette dernière affection, comme nous l'avons vu, peut, dans certaines circonstances exceptionnelles, s'accompagner des symptômes de l'occlusion intestinale. En étudiant avec attention les conditions au milieu desquelles s'est développée la maladie, on arrivera le plus souvent au diagnostic; s'il restait quelques doutes, mieux vaudrait peut-être opérer, car on éviterait ainsi de grands dangers aux malades dans le cas de hernie, et, si l'on s'était trompé, on n'aurait fait qu'une opération inutile.

Quant à l'érysipèle, au phlegmon des bourses, il est rare qu'on éprouve des difficultés pour les reconnaître; l'hydrocèle et l'hématocèle sont également faciles à distinguer de l'orchite.

Il ne suffit pas de savoir que l'on a affaire à une orchite, il faut encore distinguer les variétés; mais, pour cela, il suffit de tenir compte des causes qui les produisent. Nous ne ferons que rappeler les différentes espèces qui reconnaissent pour cause le traumatisme (orchite traumatique), les oreillons, le cathétérisme. Nous dirons encore qu'il est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit généralement de rencontrer l'inversion du testicule. Il faudra donc avoir toujours présente à l'esprit cette disposition anormale qui pourrait faire croire à une orchite parenchymenteuse dans le cas de simple épididymite, et *vice*

versa, ou bien exposer à blesser ce dernier organe lorsqu'on pratique des mouchetures.

Pronostic. — L'épididymite, dans la grande majorité des cas, ne présente aucune gravité; cependant, lorsqu'elle occupe les deux testicules, soit en même temps, soit successivement, il faut redouter l'obstruction du canal épididymique, qui se montre par suite de la transformation en tissu fibreux de l'épanchement plastique qui occupe son intérieur, comme l'a établi M. Gosselin. Cette oblitération finit ordinairement par disparaître au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans quelques cas rares, l'orchite blennorrhagique entraîne des symptômes généraux graves, mais c'est tout à fait exceptionnel. Les récidives sont assez fréquentes, et elles compromettent parfois les fonctions de l'organe en amenant son atrophie.

Traitement. — L'orchite étant presque toujours une maladie bénigne, il semble que son traitement pourrait être très-simple, cependant c'est une des affections dont la thérapeutique a le plus varié.

Le malade doit garder le repos au lit ou étendu sur une chaise longue; les bourses sont relevées à l'aide d'un tampon de linge ou de toute autre matière, d'un volume convenable, placé entre la racine des cuisses; on les recouvre de cataplasmes émollients, soit de graine de lin, soit de fécule de pommes de terre, ou bien de compresses imbibées d'eau de guimauve ou d'extrait de saturne; ces différents topiques sont arrosés de laudanum, si la douleur est vive.

On évitera l'emploi des répercussifs, la boue de rémouleur, les solutions d'alun, le sulfate de fer, etc. Ces topiques peuvent arrêter la maladie dès son principe, mais ils réussissent rarement, et, comme le fait remarquer M. Velpeau, « en les employant, on s'expose à donner à l'orchite une gravité quelle n'aurait point eue. »

Tous les jours ou tous les deux jours, le malade prend un grand bain dans lequel il reste au moins une heure; ces bains calment ses souffrances, et produisent un grand bien-être. On tient le ventre libre soit au moyen de lavements émollients, soit à l'aide de purgatifs doux comme l'huile de ricin, le sulfate de magnésie, le sulfate de soude, etc.

Avec ce traitement simple, on arrive à guérir la plupart des épididymites en dix à vingt jours.

Lorsque l'intensité de l'inflammation est plus grande, on met en usage les moyens suivants :

Les *mouchetures de la tunique vaginale*, employées d'abord par M. Velpeau, donnent des résultats merveilleux; elles remplacent avec avantage les sangsues, dont elles n'ont aucun des inconvénients.

Ces mouchetures se pratiquent sur le scrotum au niveau de la partie la plus saillante. On saisit la partie gonflée d'une main, on la tend en refoulant le liquide en avant, et, de l'autre main, armée d'une lancette, on ponctionne la tumeur d'un coup sec porté perpendiculairement sur un ou plusieurs points de la région circonscrite par les doigts.

La douleur est insignifiante. Il s'écoule de la séro-

sité, parfois mêlée à un peu de sang. Quelle que soit la quantité de liquide et sa qualité, même dans le cas où la lancette ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang, le résultat est aussi satisfaisant. Le soulagement est immédiat, la douleur disparaît et la maladie marche vers la résolution qui s'opère en quelques jours. On est rarement obligé de revenir une seconde fois à cette petite opération.

Ces mouchetures ont été faites un grand nombre de fois par M. Velpeau; M. Cullerier les pratique journellement à l'hôpital du Midi, beaucoup d'autres praticiens les mettent en usage, et jamais le moindre accident n'est résulté de leur emploi.

On sait aujourd'hui que les blessures du testicule n'ont aucune gravité; si on avait atteint cet organe on n'aurait donc rien de fâcheux à redouter.

Du reste, Vidal (1) a fait longtemps le *débridement* de la tunique albuginée dans les orchites, et il n'a jamais observé d'accident à la suite. Quelquefois la ponction du testicule entraîne la formation d'un abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané. M. Demarquay (2) a cité quelques faits dans lesquels on vit naître des accidents sérieux après cette opération.

Ce débridement peut rendre de grands services, mais il faut le réserver pour les cas où l'inflammation est excessivement vive. Il consiste à inciser la tunique al-

(1) Annales de la chirurgie française et étrangère, 1844.

(2) Sur l'Orchite purulente et la fonte des testicules, amenées par des mouchetures faites sur la région des bourses (***Bulletin de thérapeutique***, 1858).

buginée avec un bistouri plongé directement dans l'épaisseur du testicule. On est étonné, dans les circonstances graves ou on l'emploie, de voir avec quelle promptitude s'amendent en quelques heures les symptômes alarmants qui paraissaient mettre la vie du malade en danger.

La *compression* a été appliquée au traitement de l'orchite, d'abord par M. Velpeau, puis par Fricke, de Hambourg. Elle se fait avec des bandelettes de diachylon, qui doivent recouvrir exactement le testicule. Il faut que la compression soit uniforme, sinon elle a plus d'inconvénients que d'avantages, elle peut même entraîner des accidents graves. Bien appliquée, elle amène la disparition de la douleur et permet au malade de se lever et de marcher.

Lorsque, malgré l'emploi de ces différents moyens, la résolution tarde à se faire et que la maladie tend à passer à l'état chronique, on a recours à certains topiques qui peuvent accélérer la guérison : l'onguent mercuriel, l'iodure de plomb, les emplâtres de Vigo, de ciguë, de savon.

On a proposé contre l'orchite un grand nombre d'autres traitements oubliés pour la plupart aujourd'hui : les vésicatoires volants placés sur la tumeur, le chloroforme (1), le collodion (2), etc. M. Chassaignac met souvent en usage le badigeonnage du scrotum avec l'acide nitrique (suspensoir nitrique) ; c'est un moyen

(1) Bouisson, Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique. Paris, 1850.

(2) Bonnafond, Bulletin de l'Académie de Médecine, 1854.

très-douloureux, et qui ne présente aucun avantage sérieux.

Au début de l'épididymite, on met le malade à une diète légère, mais, à mesure que l'inflammation diminue, il reprend son alimentation ordinaire.

Pour boisson, on lui donne des tisanes délayantes ; orge miellée, graine de lin, chiendent, etc.

6° Cystite.

L'inflammation uréthrale peut envahir le corps de la vessie, mais elle reste limitée presque toujours au col de cet organe. Cela est tellement vrai, ainsi que l'a fait remarquer M. Cullerier, que lorsqu'on parle de cet accident de la blennorrhagie, le mot cystite, même employé seul, ne rappelle à l'esprit que l'inflammation du col.

On doit redouter cette complication, surtout lorsque la blennorrhagie est déjà un peu ancienne, parce qu'alors, comme nous l'avons dit, l'inflammation occupe surtout les parties de l'urèthre les plus profondes et les plus voisines du col, auquel elle peut se propager sous l'influence d'une cause irritante quelconque. Les excès de boissons, de coït, les tisanes diurétiques, l'ingestion en trop grande quantité des balsamiques (Vidal), l'exercice forcé, peuvent produire la cystite. Quant aux injections, elles peuvent amener ce résultat par leur trop grande causticité qui augmente la phlegmasie du canal tout entier, mais non, comme on l'a prétendu[1], en pénétrant jusqu'à la vessie, ce qui n'a jamais lieu.

La cystite débute toujours par un sentiment de pe-

santeur au périnée, avec envies fréquentes d'uriner, sans que le malade puisse vider complétement sa vessie à chaque miction. Bientôt le sentiment de pesanteur se change en une douleur véritable; un prurit insupportable se manifeste dans le canal; les besoins d'uriner sont plus fréquents encore, et ne peuvent être satisfaits, car le patient ne peut expulser à chaque effort que quelques gouttes d'une urine foncée, sanguinolente, qui déterminent, par leur passage dans l'urèthre, une sensation de brûlure intolérable. Les épreintes du col vésical se communiquent à l'anus. Les aines et les testicules sont le siége de tiraillements, et quelquefois même de douleurs aiguës. La moindre pression sur la région hypogastrique est difficile à supporter.

La cystite, surtout lorsqu'elle est très-aiguë, s'accompagne de phénomènes généraux ; les malades éprouvent des frissons, de la fièvre, de la courbature, une soif ardente, de l'inappétence. Dans quelques cas, on observe des nausées et des vomissements. Ces différents symptômes sont généralement peu prononcés; ils coïncident avec une constipation opiniâtre.

L'urine est d'abord foncée, mais limpide; puis elle devient sanguinolente, et enfin laiteuse à la fin de l'affection; elle renferme alors un nuage muqueux blanchâtre, qui se dépose au fond du vase, et y adhère fortement; elle se décompose en outre avec une grande rapidité.

La durée de la cystite dépasse rarement un septénaire s'il ne surgit pas de complication. Dans le plus grand nombre des cas, au bout de quatre ou cinq

jours tous les symptômes s'amendent, l'émission de l'urine devient plus facile, moins fréquente, les douleurs disparaissent peu à peu, et tout revient à l'état normal.

Si l'affection au lieu de suivre cette marche passe à l'état chronique, elle produit un catarrhe vésical qui sera toujours long à guérir, ou bien encore si l'inflammation a envahi le corps de la vessie, et si elle s'étend aux trois couches de cet organe, elle peut donner lieu à une suppuration très-abondante qui peut se faire jour soit à travers la cloison recto-vésicale, soit dans le bassin, ce qui, dans tous les cas, doit donner lieu à un pronostic extrêmement grave. Quant à la gangrène, elle est très-rare, et, comme elle est presque toujours superficielle, elle peut être suivie de la guérison.

Le diagnostic de la cystite n'offre aucune difficulté, car la seule affection avec laquelle on pourrait la confondre, la prostatite, ne s'accompagne pas de ténesme.

Le traitement est celui de presque toutes les complications de la blennorrhagie, c'est-à-dire qu'il se compose essentiellement des antiphlogistiques et des dérivatifs. Émissions sanguines (sangsues au périnée ou à l'hypogastre), bains de siége émollients, cataplasmes laudanisés, purgatifs alcalins, et boissons tempérantes prises en petites quantités; telle est la médication ordinaire. Dans quelques cas où il y a rétention d'urine, on doit avoir recours au cathétérisme. Si l'affection menace de passer à l'état chronique, on prescrira les résineux (tisane et sirop de goudron ou de bourgeons de sapin, térébenthine de Bordeaux à la dose de 4 à

8 grammes par jour). M. Melchior Robert (1) a fait faire des injections d'eau de goudron dans la vessie, et Vidal (2) conseillait l'application d'un cautère au périnée. Pour achever le traitement, on pourra ordonner l'usage des eaux de Vichy ou de Contrexeville, et les bains alcalins ou sulfureux.

7° Néphrite.

La néphrite blennorrhagique, niée encore par certains auteurs, est une affection extrêmement rare. Il est fréquent, dans le cours d'une uréthrite, d'observer quelques douleurs rénales, causées la plupart du temps par une ingestion trop abondante de copahu; quant à l'inflammation véritable du rein, on n'en cite qu'un très-petit nombre d'exemples.

Morgagni, B. Bell (3), Vidal (4), et M. Rayer (5), en ont rapporté des cas. Il est probable que, lorsque la cystite a envahi le bas-fond de la vessie, l'inflammation, se propageant aux uretères qui s'ouvrent obliquement à ce niveau, peut, par ces conduits, arriver jusqu'aux reins. Quant aux néphrites par retentissement nerveux, admises par B. Bell, il est difficile d'y croire. Les symptômes de la néphrite blennorrhagique ne diffèrent en rien de ceux de la néphrite ordinaire décrite dans tous les livres classiques, nous n'avons donc pas à les étudier; pour le traitement, on emploiera celui que nous

(1) Loc. cit., p. 190.
(2) Loc. cit., p. 138.
(3) Loc. cit., t. I, p. 41.
(4) Loc. cit., p. 139.
(5) Traité des maladies des reins, t. III.

avons indiqué pour la cystite, sauf à appliquer les sangsues dans les régions qui correspondent aux points malades. On devra, dès le début de l'affection, supprimer complétement la médication balsamique.

8° Prostatite.

Elle a été signalée par B. Bell, mais c'est surtout depuis la remarquable monographie publiée en 1820, par sir Evrard Home (1), que l'attention a été appelée sur l'inflammation blennorrhagique de la prostate, qui est, sans contredit, une des complications les plus fâcheuses de l'uréthrite.

Les causes de la prostatite sont à peu près les mêmes que celles de la cystite et de l'orchite. Dans trois cas rapportés par Vidal (2), c'était l'excès des boissons alcooliques qui l'avait produite. L'usage intempestif et prématuré des balsamiques, les injections irritantes, les excès de coït, les marches forcées, sont autant d'autres causes qui peuvent lui donner naissance; mais, celle qui la détermine le plus souvent, c'est la constipation, qui, par les efforts de défécation qu'elle provoque, amène la congestion du petit bassin.

La prostatite se manifeste ordinairement vers le deuxième ou le troisième septénaire de la blennorrhagie; elle débute par un ensemble de symptômes qui pourraient presque la faire confondre avec la cystite. Le malade éprouve une douleur profonde au périnée, et une très-grande difficulté à uriner; l'urine,

(1) Traité des maladies de la prostate. Paris, 1820.
(2) Loc. cit., p. 128 et suiv.

qui ne sort que goutte à goutte, produit une sensation de brûlure, mais il n'y a jamais de ténesme.

Si on vient à introduire une sonde dans le canal, cette sonde est arrêtée par un obstacle produit par la tuméfaction de la glande, obstacle qui n'existe pas dans la cystite, et que, du reste, la moindre pression suffit pour faire franchir. Par le toucher rectal on sent, à quelques centimètres au-dessus de l'anus, une tumeur plus ou moins volumineuse, occupant un seul côté de la ligne médiane, ou les deux côtés à la fois. Lorsque les deux lobes de la prostate sont enflammés, ils sont séparés par un sillon médian, et la tumeur affecte une forme carrée; elle est chaude, très-dure au début, et plus tard fluctuante; la pression exercée sur elle détermine une douleur vive.

Les symptômes généraux sont beaucoup plus marqués que dans la cystite. La fièvre est vive, l'appétit nul, la soif ardente. Il y a de l'insomnie et des pollutions extrêmement douloureuses, produisant une éjaculation de sperme teint de sang. La position assise et le croisement des jambes est impossible; la défécation est excessivement pénible; quant à la forme rubanée que prendraient les matières stercorales, par suite de la pression exercée sur elles par la tumeur prostatique, elle n'a rien de constant, et elle ne peut servir d'élément sérieux de diagnostic.

La région hypogastrique est tendue, douloureuse, surtout lorsque la rétention devient complète. A ce moment, il peut se manifester du ténesme et des épreintes, la face du malade devient anxieuse, le pouls

petit, la souffrance est intolérable; mais tous les symptômes cessent dès que l'on a évacué la vessie par le cathétérisme.

La durée de la prostatite est de deux ou trois septénaires, dans les cas ordinaires; c'est du sixième au huitième jour que les différents symptômes commencent à s'amender. La terminaison la plus fréquente, c'est la résolution; dans ce cas, la pesanteur du périnée, les douleurs occasionnées par la défécation, diminuent; le malade peut s'asseoir et croiser les jambes sans douleurs; la fièvre tombe, l'appétit revient, la miction devient de plus en plus facile, et l'écoulement blennorrhagique qui avait cessé reparaît peu à peu.

Si l'affection doit se terminer par la suppuration, le malade est pris de frissons, mais la fièvre diminue. L'impossibilité de la miction subsiste, mais les douleurs cessent en partie. Le pronostic est plus ou moins grave, suivant la région dans laquelle le pus se fraye une issue. Le cas le plus heureux est celui où l'abcès s'ouvre dans le rectum. S'il s'ouvre par le périnée, le pronostic, quoique plus grave que pour le cas précédent, peut être encore quelquefois favorable; mais, s'il s'ouvre dans la vessie ou dans l'urèthre, l'issue de l'affection sera probablement funeste. L'urine, pénétrant dans le foyer de l'abcès, activera la suppuration, et tout le parenchyme de la glande finira par disparaître; l'enveloppe fibreuse subsistera, et elle formera une espèce de cloaque rempli de pus et d'urine.

Si l'abcès s'ouvre à la fois dans l'urèthre et dans le rectum, il laissera après lui une fistule uréthro-rectale.

Il y a un autre mode de suppuration indiqué par M. Cullerier (1) : c'est une simple suppuration catarrhale provenant de la face interne des conduits prostatiques; elle n'a aucune gravité et elle disparaît à la longue.

Le traitement de la prostatite ne diffère en rien, pour les moyens généraux à employer, de celui de la cystite. Ce sont toujours les antiphlogistiques et les dérivatifs qui en sont la base. Mais il y a en outre une indication importante à remplir, c'est d'ouvrir l'abcès formé par la suppuration de la prostate, aussitôt que la fluctuation s'y manifeste; on doit l'ouvrir dans la région où il fait saillie et où il paraît devoir se frayer une issue. Dans le cas où l'on n'aura pas pu éviter la formation d'une caverne urineuse dans la glande réduite à son enveloppe fibreuse, on devra essayer les injections iodées dans sa cavité; M. Cullerier a obtenu un succès en agissant de la sorte.

Une dernière terminaison de la prostatite, c'est la terminaison par hypertrophie. Elle devient une gêne pour la miction, elle entretient un état subinflammatoire du canal et peut amener plus tard des rétentions complètes. On doit, pour la faire disparaître, avoir recours aux résineux, aux fondants (ciguë, iodure de potassium, huile de foie de morue), et surtout aux révulsifs locaux (pointes de feu ou cautère à la potasse au périnée).

(1) Loc. cit., p. 128

9° Arthrite blennorrhagique.

On voit quelquefois, durant le cours d'une blennorrhagie, une ou plusieurs articulations s'enflammer. L'interprétation de ces faits a pendant longtemps échappé aux observateurs ; les anciens auteurs ne voyaient dans ces cas aucun rapport de causalité entre l'inflammation uréthrale et celle des articulations ; ils considéraient l'arthrite comme une simple coïncidence. Swediaur paraît être le premier qui ait saisi la relation qui existe entre les deux affections. Après lui, la plupart de ceux qui ont écrit sur les maladies vénériennes ou sur les lésions articulaires ont admis une arthropathie blennorrhagique. Quelques syphiliographes cependant, et entre autres M. Thiry (de Bruxelles), ont rejeté l'existence d'un rhumatisme spécial reconnaissant pour cause l'irritation du canal de l'urèthre, se fondant surtout sur ce que l'affection, dans ce cas, ne présente aucun caractère qui puisse la faire distinguer *a priori* des arthrites ordinaires ; mais nous verrons que cette forme, au contraire, s'accompagne parfois de lésions particulières, qu'on ne rencontre jamais dans les arthrocaces de cause vulgaire.

Étiologie. — Tout individu qui a une blennorrhagie ne se trouve pas exposé à cette complication ; il semble, en effet, qu'il faille une prédisposition spéciale de la constitution, inhérente à l'individu et inconnue dans son essence, pour qu'elle se montre. Aussi le malade qui a déjà été atteint de cette complication a-t-il de

grandes chances pour la voir se reproduire avec les nouveaux écoulements qu'il contractera dans la suite.

L'arthrite blennorrhagique est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, ce qui est facile à comprendre, puisqu'il faut une inflammation de l'urèthre pour qu'elle apparaisse, et l'on sait que l'uréthrite est relativement rare chez cette dernière. Cette rareté de l'arthrite spéciale chez la femme a amené quelques auteurs à en contester l'existence; mais il existe dans la science des faits qui renversent cette manière de voir.

Les causes occasionnelles sont le froid, l'humidité, la grande fatigue des articulations.

On a accusé les balsamiques; mais, comme le fait remarquer M. Velpeau (1) : « Les malades qui n'ont subi aucun traitement en sont pour le moins aussi fréquemment atteints que les autres. »

On a voulu également faire jouer un rôle, dans la production de cette affection, à la suppression de la blennorrhagie, et on a cité à ce propos l'observation du Dr Yvan, dans laquelle on aurait guéri une arthrite en rappelant l'écoulement, mais ce fait a été mal interprété, et il n'est pas rare de voir l'uréthrite persister lors de l'apparition de l'arthropathie; de plus, l'on sait que cette complication ne se montre d'ordinaire qu'à une époque déjà avancée de la blennorrhagie, lorsqu'elle est à sa dernière période.

Les sujets rhumatisants, comme l'a fort bien établi

(1) Leçons orales, 1840.

M. Rollet, ne sont pas plus que les autres prédisposés à cet accident.

La blennorrhagie est la cause de l'arthrite spéciale, mais par quel mécanisme a lieu cette complication ?

Deux théories ont été proposées pour expliquer la production de cette affection. Dans l'une qui remonte à Swediaur, on suppose que le pus blennorrhagique est absorbé en nature, et porté directement sur l'article, c'est la doctrine de la métastase, entièrement tombée dans l'oubli de nos jours ; dans l'autre, développée avec talent par M. Foucart (1), on admet que la blennorrhagie constitue une sorte de prédisposition en vertu de laquelle les sujets affectés sont plus aptes à subir l'influence des agents extérieurs, et en particulier l'impression du froid qui deviendrait ainsi la cause du développement de l'arthrite.

Nous croyons qu'il existe dans la constitution des individus qui présentent cette complication quelque chose de spécial que l'on n'a pu déterminer jusqu'à ce jour et qui les prédispose à cet accident. Cela est tellement vrai que chez la plupart d'entre eux chaque écoulement est l'occasion presque infaillible d'un nouveau retentissement sur le système articulaire.

M. M. Robert est disposé à admettre que l'inflammation de certains points de la partie profonde de la muqueuse uréthrale est nécessaire pour que cette complication apparaisse. Cette hypothèse acquiert une certaine

(1) Quelques considérations sur l'arthrite blennorrhagique. Paris, 1816.

valeur, si l'on se rappelle que l'arthrite se montre non-seulement pendant le cours de la blennorrhagie, mais à la suite de toute irritation de l'urèthre, par exemple après le cathétérisme.

Siége. — L'arthrite blennorrhagique a une sorte de prédilection pour l'articulation du genou, cependant elle peut en affecter d'autres, comme on en jugera par les relevés suivants empruntés à MM. Foucart, Rollet et Brandes.

M. Foucart (1), sur 18 cas, a observé l'arthrite de

L'articulation	fémoro-tibiale	14	fois.
—	tibio-tarsienne	5	—
—	huméro-cubitale	2	—
—	scapulo-humérale.	1	—
		22	

M. Rollet (2), sur 28 cas :

L'articulation	fémoro-tibiale	22	fois.
—	tibio-tarsienne	11	—
—	des doigts et des orteils. .	7	—
—	huméro-cubitale.	6	—
—	coxo-fémorale.	5	—
—	radio-carpienne.	4	—
—	scapulo-humérale.	3	—
—	médio-tarsienne.	2	—
—	sacro-iliaque.	2	—
—	péronéo-tibiale.	1	—
—	sterno-claviculaire.	1	—
		64	

(1) Loc. cit.

(2) Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique (*Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*. Lyon, 1859).

M. Brandes (1), sur 34 cas :

L'articulation fémoro-tibiale	28	fois.
— tibio-tarsienne	14	—
— coxo-fémorale	10	—
— des doigts et des orteils	8	—
— radio-palmaire	6	—
— scapulo-humérale	6	—
— sterno-claviculaire	2	—
— temporo-maxillaire	1	—
	75	

On voit par ces statistiques que le rhumatisme blennorrhagique n'affecte pas seulement les grandes articulations comme l'ont avancé quelques auteurs. On peut également remarquer que, s'il a pour règle d'être mono-articulaire, il s'étend aussi fréquemment à plusieurs articles à la fois.

Symptomatologie. — L'affection peut débuter d'emblée par l'articulation qui augmente de volume et devient douloureuse ; d'autres fois les symptômes articulaires sont précédés de prodromes, il y a un malaise général, des frissons, de l'inappétence, de la fièvre, et ce n'est que consécutivement que l'articulation se prend.

Une fois la maladie établie, on observe les mêmes phénomènes que dans les autres arthrites aiguës, seulement ils ont généralement moins de violence. La douleur est peu vive, elle est augmentée par les mouvements qui sont difficiles, limités. Le gonflement est ordinairement très-marqué ; la plupart des auteurs ont

(1) Cité par M. Rollet.

appelé l'attention sur cette abondance de l'épanchement, qui constitue souvent une véritable hydarthrose lorsque les symptômes inflammatoires sont peu accentués; il est parfois assez considérable pour que l'on puisse sentir manifestement la fluctuation.

En général, la peau conserve sa coloration normale, elle est à peine chaude; cependant il n'est pas rare non plus de lui voir revêtir les caractères qu'elle présente dans l'arthrite aiguë de cause ordinaire, elle prend alors une coloration rouge plus ou moins vive, elle est tendue, douloureuse.

Les symptômes généraux manquent le plus souvent, et l'affection est habituellement apyrétique pendant tout son cours.

M. Rollet (1) a appelé l'attention sur la fréquence, dans l'arthrite blennorrhagique, d'une lésion de l'œil qui avait à peine été signalée par les auteurs avant lui.

Déjà remarquée par MM. Mackenzie, Abernethy, Ricord, elle a été mise en lumière par le chirurgien de Lyon qui la décrit en ces termes :

« Cette ophthalmie débute par une rougeur de la conjonctive et surtout par l'injection zonulaire de la sclérotique qu'on observe dans presque tous les iritis. Quelquefois il y a photophobie et larmoiement. La face externe de la cornée conserve tout son éclat, mais la séreuse qui la tapisse en dehors prend un aspect nébuleux. En même temps, l'humeur aqueuse semble plus abondante et donne au malade un sentiment de

(1) Loc. cit.

plénitude du globe oculaire. L'iris devient terne. La pupille reste contractée. Il se forme alors dans le champ pupillaire et dans toute la chambre antérieure des dépôts plastiques, qu'au dire de M. Mackenzie on n'observe, au même degré, dans aucun autre iritis et d'où résulte un grand obscurcissement de la vision.»

Un seul œil est malade ou les deux simultanément ou l'un après l'autre.

Cette forme d'iritis a une marche aiguë et se termine ordinairement par résolution, quelquefois cependant la pupille reste obturée par des fausses membranes.

Marche, durée, terminaison. — Le début de l'arthrite a lieu du troisième au cinquième septénaire de la blennorrhagie et quelquefois beaucoup plus tard. Elle offre une marche subaiguë ou revêt d'emblée la forme chronique qui peut aussi succéder à la première. La durée varie entre quinze et cinquante jours, dans les cas où elle guérit bien.

Elle peut se terminer par résolution, par hydarthrose ou par tumeur blanche; cette dernière terminaison est surtout à craindre lorsque la maladie a une marche tout à fait chronique et qu'elle existe sur des sujets lymphatiques, scrofuleux, ou profondément débilités.

La plupart des auteurs, et notamment MM. Foucart, Bonnet, Rollet, Brandes, n'admettent pas la possibilité de la terminaison par suppuration; cependant MM. Velpeau et Moffait (1) en rapportent chacun une observa-

(1) Thèse; Paris, 1820.

tion ; mais, dans ces cas, l'arthrite avait succédé à une uréthrite suite de cathétérisme. Vidal en donne également une observation qu'il a recueillie chez une femme.

On voit assez souvent, lorsque les symptômes principaux ont disparu, persister l'épanchement articulaire, dont on a beaucoup de peine à obtenir la résorption.

Diagnostic. — L'arthrite blennorrhagique est le plus ordinairement mono-articulaire, elle ne présente que fort peu de réaction locale et générale ; ces caractères n'ont pas une valeur absolue, mais ils acquièrent une grande importance, ajoutés aux particularités suivantes : cette forme d'arthropathie se développe chez les jeunes sujets; l'urèthre est le siége d'un écoulement (il persiste habituellement comme l'ont prouvé MM. Velpeau et Ricord). On interrogera le malade pour savoir s'il est sujet aux rhumatismes, s'il a déjà vu apparaître cette complication dans des chaudepisses antérieures.

Il est un signe qui a une grande valeur, c'est l'iritis, et lorsqu'il existe, on peut affirmer que l'arthrite est de nature blennorrhagique.

Pronostic. — Le pronostic de l'accident que nous venons de décrire offre une certaine gravité. Nous avons vu en effet que cette affection s'accompagne souvent d'un épanchement abondant difficile à faire disparaître, qu'elle présente une grande tendance à la chronicité, et qu'elle se termine, dans un certain nombre de cas, par la tumeur blanche et l'ankylose. Il faut

ajouter cependant qu'on n'observe guère ces dernières terminaisons que chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux.

Nous avons dit encore qu'une première atteinte en présage de nouvelles pour plus tard, et ce point n'est pas le moins important au point de vue de la gravité de cette maladie.

Traitement. — La cause spéciale de l'arthrite est la blennorrhagie; on doit donc chercher à la faire disparaître par tous les moyens possibles. Le copahu et le cubèbe seront admistrés à hautes doses, et concurremment on prescrira les injections astringentes. Si cette médication ne tarit pas l'écoulement, on aura recours aux injections avec le nitrate d'argent en solution, et même à la cautérisation avec le sel lunaire à l'état solide.

Comme le fait remarquer M. Rollet dans son excellent mémoire, le point important du traitement est d'obtenir la guérison complète de l'écoulement, si l'on veut arriver sûrement à un résultat heureux; sans cela en effet on s'expose à des récidives fréquentes. On peut, du reste, traiter simultanément l'affection articulaire, à laquelle on opposera les moyens suivants :

Il est rarement nécessaire de mettre en usage la saignée générale, mais on doit faire une ou plusieurs applications de sangsues sur la partie malade; au bout de quelques jours, on entoure l'articulation d'un large vésicatoire volant que l'on renouvelle deux ou trois fois, si la résolution tarde à se faire. Dans l'intervalle,

on pratique des onctions sur la partie avec une pommade résolutive, l'onguent mercuriel, l'iodure de plomb, l'hydriodate de potasse, etc.

En même temps, on fait usage de dérivatifs sur le tube intestinal. Les purgatifs salins seront employés de préférence aux autres, et en particulier aux drastiques.

Si l'épanchement est abondant, on exercera une légère compression sur l'articulation à l'aide d'un bandage bien appliqué. Si la synovite persiste malgré l'emploi de ce moyen, on couvrira la région malade d'un large emplâtre de Vigo, et on placera le membre dans un appareil inamovible fait soit avec la dextrine, soit avec le plâtre.

A la dernière période, lorsque tous les symptômes aigus ont disparu, on se trouve bien de bains sulfureux, de douches. Lorsque le malade est débilité, on lui administre les ferrugineux et les corroborants sous toutes les formes; s'il est scrofuleux, on lui donne l'huile de foie de morue et les antistrumeux.

L'iritis réclame le même traitement que l'iritis de cause vulgaire.

10° **Ophthalmie blennorrhagique.**

La plupart des auteurs admettent deux formes d'ophthalmies blennorrhagiques, une forme grave et une forme bénigne. Pour nous, nous croyons qu'il y a là une confusion qu'il importe de faire disparaître. L'affection qu'on a décrite sous le nom de forme bénigne de l'ophthalmie blennorrhagique n'est autre chose qu'une

conjonctivite catarrhale survenant pendant le cours d'une blennorrhagie et n'ayant aucun rapport avec elle. Ce sont des faits de ce genre qui, ainsi que le dit avec raison M. Foucher, ont pu servir à étayer la doctrine de la métastase (1); mais c'est là une question de simple coïncidence, et il n'y a rien d'étonnant qu'un homme atteint de blennorrhagie puisse être pris d'une conjonctivite simple. Nous rejetons donc complétement la forme dite bénigne, et nous ne décrirons qu'une forme d'ophthalmie blennorrhagique, celle qui a été signalée pour la première fois par Saint-Yves en 1702 (2).

Les avis sont très-partagés au sujet de la cause de la conjonctivite blennorrhagique; cependant l'opinion dominante attribue sa production au dépôt sur la muqueuse oculaire du pus blennorrhagique avec les doigts souillés de cette matière contagieuse. Les exemples de cette auto-contagion sont nombreux. M. Florent Cunier (3) a rapporté 84 cas de conjonctivite blennorrhagique, sur lesquels il avait pu 47 fois retrouver la cause, qui était l'inoculation. Astruc (4), Swediaur (5), M. Melchior Robert (6), citent des faits semblables.

M. Cullerier (7), dans ses leçons, rapporte une observation très-concluante dans le sens de l'auto-inoculation. « Un malade, écrit-il, qui a séjourné long-

(1) Warthon-Jones, loc. cit., p. 173.

(2) Traité des maladies des yeux, liv. II, ch. 4, art. 10. Paris, 1702.

(3) Annales d'oculistique, t. XVI.

(4) Loc. cit., t. III, p. 166.

(5) Loc. cit., t. I, p. 194.

(6) Loc. cit., p. 283.

(7) Loc. cit., p 164.

temps dans mes salles, entra pour une blennorrhagie; il avait un œil d'émail : un de ses yeux, en effet, avait été perdu dans son tout jeune âge, je ne sais par suite de quelle affection; il ôtait cet œil artificiel chaque soir et le mettait dans un verre d'eau qui lui servait à laver sa verge. Tout à coup il est pris d'une inflammation très-intense du moignon de son œil et de toute la membrane qui tapissait l'orbite, avec écoulement jaune verdâtre et douleurs affreuses. On en cherchait la cause, quand il nous donna les renseignements précédents. Ce fait m'ayant frappé, j'en parlai à M. Ricord, qui me dit en avoir observé un semblable. »

Ce n'est pas que la métastase manque de défenseurs; Saint-Yves, Scarpa, Samson, Vidal, ont soutenu qu'elle était la cause unique de l'ophthalmie blennorrhagique. Ils n'ont du reste donné, pour soutenir leur opinion, que des raisons peu probantes. Pour nous, sans la rejeter absolument, nous croyons cependant que l'inoculation est, dans l'immense majorité des cas, la seule cause de l'ophthalmie.

Nous n'avons pas à revenir sur l'hypothèse du virus granuleux émise par M. Thiry, et dont nous avons parlé déjà; nous devons cependant signaler ce fait, c'est que du pus d'ophthalmie granuleuse inoculé dans l'urèthre donne lieu à une blennorrhagie uréthrale, et réciproquement (expériences de Pauli, de Bettinger, de M. Thiry, de M. Guyomar) (1).

La conjonctivite blennorrhagique, ainsi que l'a fait

(1) Voir thèse de M. Guyomar, p. 43 et suiv. Paris, 1858.

remarquer M. Warthon-Jones, a la plus grande ressemblance avec l'ophthalmie dite égyptienne. Elle débute par une injection très-vive de la muqueuse oculaire. Le tissu cellulaire sous-conjonctival s'infiltre bientôt et produit un chémosis considérable et persistant. Les paupières prennent une teinte foncée, elles se gonflent, elles chevauchent l'une sur l'autre; la paupière supérieure est presque toujours plus tuméfiée que l'inférieure, qu'elle applique sur le globe oculaire, ce qui produit un trichiasis. Dans quelques cas, le chémosis fait hernie entre elles, et il est pour ainsi dire étranglé.

Au début, il y a une sécrétion plus abondante des larmes; puis l'écoulement devient séreux, séro-sanguinolent, puis enfin tout à fait purulent et jaune verdâtre. Il ressemble absolument alors au pus de la blennorrhagie uréthrale, et, ainsi que l'a fait remarquer M. Cullerier, il produit sur le linge des taches tellement semblables qu'on ne pourrait en aucune manière en faire la différence. Ce pus est très-âcre et très-irritant, il ulcère quelquefois la joue quand il coule abondamment.

Les douleurs, qui sont gravatives au début de l'affection, deviennent plus tard lancinantes et très-difficiles à supporter; la plupart des malades poussent des cris que leur arrachent les souffrances aiguës auxquelles ils sont en proie. Le pus s'accumule dans l'espèce de poche formée entre les deux paupières et le globe de l'œil, et il s'échappe lorsqu'on essaye de séparer les deux bords palpébraux. Le médecin doit mettre une grande attention à cet examen pour ne pas

s'exposer à recevoir dans l'œil du pus blennorrhagique.

On constate parfois de la photophobie, mais le plus souvent il n'y a que du spasme de l'orbiculaire, spasme qui ne se manifeste qu'au moment où la cornée devient le siége des lésions que nous allons décrire.

Au début, la cornée reste saine, et si l'affection, combattue par des moyens énergiques, disparaît rapidement, elle peut n'avoir été le siége d'aucune lésion, elle est brillante, et elle occupe le fond de l'espèce d'excavation formée par le bourrelet conjonctival. Si au contraire la maladie n'est pas enrayée, elle perd bientôt son poli et son brillant, des ulcères en coups d'ongle se produisent à sa surface, de petits abcès se développent dans l'épaisseur de ses lames, qui se ramollissent, se sphacèlent, et donnent issue aux humeurs de l'œil, qui se vide complétement.

En général, l'ophthalmie blennorrhagique met un ou deux septénaires à parcourir ses diverses périodes, et le sphacèle de la cornée ne se produit que vers le dixième jour. Dans quelques cas très-rares, elle a une marche galopante, et quelques heures suffisent pour amener la fonte de l'œil.

Dans la grande majorité des cas, l'état général du malade est grave, il a de la fièvre, de l'insomnie, et, comme l'a fait observer M. Cullerier (1), il est en proie à une grande préoccupation, il a un pressentiment de ce qui va lui arriver, il sent, pour ainsi dire, qu'il va perdre l'œil.

(1) Loc. cit., p. 171.

Le diagnostic de l'ophthalmie blennorrhagique est assez difficile, car elle ressemble à toutes les ophthalmies purulentes, qui cependant ont toujours une marche plus lente. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et, suivant Lawrence, elle n'attaque le plus souvent qu'un seul œil à la fois. Tout ceci est vrai, mais ne constitue pas un élément sérieux de diagnostic.

M. Hairion, de Louvain, a prétendu qu'un signe pathognomonique de la conjonctivite blennorrhagique, c'était le gonflement des ganglions préauriculaires; ce gonflement n'a rien de spécial, on le constate dans presque toutes les ophthalmies, quelle que soit leur nature.

Dans tous les cas où un individu atteint d'un écoulement uréthral présentera les symptômes d'une conjonctivite, quelque bénins du reste que soient ces symptômes, on devra le surveiller avec soin, et agir dès que l'affection semblera prendre un caractère grave, car on ne doit pas oublier les conséquences funestes qu'elle peut avoir. Lawrence a vu l'œil se vider 9 fois sur 14, Swediaur cite trois cas qui se sont terminés tous trois par la cécité; M. Ricord, dans le service de Dupuytren, a observé un certain nombre d'ophthalmies blennorrhagiques ayant presque toutes amené la fonte de l'œil. Il n'y a donc pas de temps à perdre; il faut, dès que la maladie est constatée, donner au malade des purgatifs ou l'émétique à haute dose, comme l'a conseillé M. Rognetta. Presque tous les auteurs recommandent aussi les antiphlogistiques, et surtout la sai-

gnée générale, qu'on répétera deux ou trois fois, si cela est nécessaire.

Au lieu de perdre du temps à donner des collyres ou à faire faire des insufflations de poudre de calomel, on doit cautériser énergiquement la conjonctive soit avec le crayon, soit avec une solution de nitrate d'argent à parties égales.

Si, malgré la cautérisation, le chémosis augmente, on ne doit pas hésiter à le débrider, pour éviter qu'il ne cause par étranglement le sphacèle de la cornée; mais, à ce procédé difficile et délicat à mettre à exécution, conseillé par M. Tyrrel, nous préférons la méthode plus radicale de Samson : «J'excisai, écrit-il (1), toute la conjonctive oculaire, et je cautérisai avec le crayon de nitrate d'argent toute la conjonctive palpébrale, trop adhérente pour être emportée. Je suis tellement convaincu de l'efficacité et de la prééminence de la méthode éradicative sur toutes les autres que si je rencontrais un cas dans lequel le gonflement de la paupière fût tel qu'il rendît leur écartement impossible, je ne balancerais pas à fendre la commissure externe pour faciliter cet écartement et l'application de ce procédé. »

La méthode de Samson est excellente; combinée avec la cautérisation au nitrate d'argent, les dérivatifs et les antiphlogistiques, elle donne les meilleurs résultats. On ne devra pas négliger non plus les irrigations d'eau froide répétées plusieurs fois par jour, et on ad-

(1) Dictionnaire de médecine en 30 vol.

ministrera les narcotiques, si les douleurs sont trop vives.

Lorsque l'inflammation commence à céder aux moyens thérapeutiques qu'on a mis en usage pour la combattre, on emploiera les vésicatoires aux tempes et à la nuque. Il ne faut pas se décourager, alors même que l'œil serait aplati, car il arrive que la cornée ramollie laisse échapper l'humeur aqueuse qui se reforme plus tard, et le malade peut en être quitte pour des taches de la cornée.

L'ophthalmie blennorrhagique peut encore affecter une autre forme infiniment moins grave que la précédente et en différant complétement par son siége; elle est fort rare (1). M. Ricord lui donne le nom d'*ophthalmie par cause interne*, il croit qu'elle est sympathique de la blennorrhagie et il la regarde comme une inflammation simple. M. Rollet lui assigne une cause rhumatismale. Pour nous, nous croyons, comme M. Cullerier, qu'elle est due à cette cause inconnue qui tient sous sa dépendance toutes les manifestations de la blennorrhagie. Il n'est point nécessaire, pour expliquer sa production, d'avoir recours à l'hypothèse de la métastase.

Cette forme de l'ophthalmie blennorrhagique débute par l'injection des vaisseaux sclérotidiens, la membrane de Descemet s'enflamme, et la cornée, qu'elle tapisse, prend une teinte opaline qui s'étend aussi à la surface de l'iris; l'humeur aqueuse devient plus abon-

(1) Voir plus haut, p. 587.

dante et tient en suspension des flocons albumineux. On observe souvent de la photophobie et quelquefois de la photopsie; la pupille est rétrécie et ne se dilate que difficilement sous l'influence de la belladone, mais elle n'est pas déformée, ce qui crée un signe différentiel précieux pour le diagnostic de l'iritis.

Cette affection est une aquo-capsulite; elle a pour siége la membrane de Descemet, qui est une séreuse, ce qui explique sa coïncidence avec l'arthrite. Elle a ordinairement une durée assez longue, mais elle n'a que fort peu de gravité, et il est bien rare qu'elle laisse après elle des désordres qui puissent compromettre la vision. On emploiera, pour tout traitement, les antiphlogistiques, et les vésicatoires volants aux tempes ou à la nuque.

Persistance de la douleur après la guérison de la blennorrhagie.

Hunter (1) a appelé l'attention sur ces douleurs qui se manifestent dans le canal lorsque l'écoulement est tari. Ces douleurs siégent surtout au gland, au méat, et au col de la vessie, c'est-à-dire aux deux extrémités de l'urèthre. Elles existent, le plus souvent, en dehors de toute lésion appréciable; ce sont de véritables uréthralgies. Dans quelques cas, elles sont liées à une sorte d'inflammation ou à une ulcération mal cicatrisée, elles se manifestent surtout alors au moment de la miction.

L'emploi des bougies suffit parfois pour faire dispa-

(1) Loc. cit., p. 177.

raître ces douleurs. Hunter a conseillé contre elles les vésicatoires au périnée, vésicatoires que M. Ricord recommande avec raison de saupoudrer d'un sel de morphine. On peut aussi avoir recours à une application locale de sangsues, ou mieux encore, aux cautérisations au moyen du porte-caustique de Lallemand. L'un de nous a réussi tout dernièrement à faire disparaître ces douleurs chez un individu âgé de 50 ans, qui en souffrait depuis près de vingt années. Le porte-caustique et des frictions sur la région périnéale, avec une pommade renfermant de l'extrait d'opium et de belladone, ont suffi à amener cet heureux résultat au bout de quelques jours.

Nous ne parlerons que pour mémoire du procédé de Vidal, qui combattait les douleurs uréthrales par une compression méthodique du gland. Cette méthode est justement abandonnée.

Maladies qui peuvent être considérées comme des accidents des lésions de la verge.

On a coutume de décrire, avec la blennorrhagie, deux affections, le *phimosis* et le *paraphimosis*, qui n'appartiennent que d'une façon indirecte aux lésions dont nous nous occupons, mais que l'on peut considérer comme des complications; nous allons en dire quelques mots.

1° Phimosis. — On donne le nom de phimosis à la difficulté ou à l'impossibilité de découvrir le gland. Cette disposition peut être congénitale ou acquise.

Le phimosis est complet ou incomplet, suivant que le

rétrécissement est plus ou moins marqué, que l'ouverture du prépuce est plus ou moins étroite, le gland est entièrement recouvert, ou bien l'on peut ramener le prépuce en arrière jusqu'à une limite variable.

Le phimosis congénital tient à la persistance de l'état que l'on observe dans les premiers temps de l'existence.

Celui qui est accidentel reconnaît des causes multiples : une inflammation, des chancres, des végétations.

Dans certains cas, le phimosis se complique d'adhérences; alors la muqueuse préputiale est unie d'une manière plus ou moins intime avec le gland, ce qui constitue une complication pour l'opération.

Traitement. — Lorsque le phimosis est accidentel, il faut combattre la cause sous l'influence de laquelle il s'est montré. Nous avons déjà indiqué les moyens à opposer aux divers accidents qui peuvent amener cette disposition.

Si l'affection est congénitale, ou encore s'il n'y a pas de chancres simples, et que l'on n'ait pas à redouter l'inoculation de la plaie, le mieux est d'enlever le prépuce.

Il serait, du reste, à désirer que la circoncision se généralisât plus qu'elle ne l'est encore, beaucoup de sujets éviteraient ainsi, par une opération des plus simples, un grand nombre d'affections vénériennes et syphilitiques, pour lesquelles la longueur du prépuce constitue une prédisposition des plus évidentes.

Il est facile de comprendre, en effet, que l'individu qui découvre difficilement le gland ne peut faire que

des lotions incomplètes, et qu'il présente une cavité, espèce de réceptacle, où peuvent s'introduire et rester les agents de contagion, les virus blennorrhagique et chancreux.

Un grand nombre de procédés ont été proposés pour opérer le phimosis; nous ne ferons que les indiquer, renvoyant le lecteur désireux de les connaître aux différents traités de médecine opératoire.

On peut faire une simple incision, soit en haut, soit en bas, mais on obtient par ce moyen des résultats défectueux; il reste après la cicatrisation deux lambeaux qui retombent de chaque côté de la verge, et constituent une véritable difformité. En excisant les lèvres de la plaie, on arrive déjà à quelque chose de plus satisfaisant. Il nous paraît toujours préférable d'avoir recours à la circoncision.

Plusieurs méthodes sont employées; nous recommandons la suivante qui n'exige pas d'instruments spéciaux.

Le prépuce est tendu; un bistouri, muni à son extrémité d'une petite boule en cire, est introduit à plat dans sa cavité, jusqu'au fond du sillon balano-préputial; arrivé là, il est redressé de façon que le tranchant regarde en haut; il n'y a alors qu'à pousser l'instrument pour lui faire traverser la peau, et, du même coup, on incise le prépuce dans toute sa longueur.

Le premier temps accompli, on saisit chaque lambeau, et, avec le bistouri, ou de forts ciseaux, on coupe le prépuce à sa base, en suivant les contours de la couronne du gland qui sert de point de repère. Avec

un peu d'habitude, on obtient, à l'aide de ce procédé, de très-beaux résultats.

L'opération terminée, on lave avec précaution la plaie, et, si quelques artères donnent du sang, on les lie avec soin; on n'a plus ensuite qu'à réunir les bords de l'incision avec des serres-fines; ce temps est le plus minutieux, car si l'on n'affronte pas également la peau et la muqueuse, la guérison est bien moins rapide. Douze à quinze serres-fines bien appliquées suffisent en général.

Le pansement consiste en compresses trempées dans l'eau froide et renouvelées de temps en temps.

Après vingt-quatre heures, on enlève les serres-fines, que l'on est rarement obligé de laisser plus longtemps. On continue encore l'eau froide pendant un jour ou deux, et ensuite on a recours à un pansement simple. Lorsqu'il y a des adhérences, on les détruit avec le bistouri; elles sont quelquefois assez fortes pour que l'on soit contraint de sculpter, pour ainsi dire, le gland au milieu des tissus indurés.

Paraphimosis. — Le paraphimosis consiste dans l'étranglement de la verge derrière la couronne du gland par le prépuce, qui ne peut plus être ramené en avant. Cet accident se montre surtout chez les personnes qui ont l'ouverture du prépuce très-étroite, et encore lorsqu'on a laissé le gland découvert pendant un certain temps et qu'il a augmenté de volume. On y remédie à l'aide de deux moyens, la réduction et le débridement.

La réduction se fait de la manière suivante : les quatre premiers doigts de chaque main sont placés en arrière du bourrelet que forme le prépuce et les deux pouces sur le gland; ces derniers refoulent le gland en arrière en même temps que les premiers cherchent à ramener le prépuce en avant. Il faut employer une certaine force, si l'on ne veut pas échouer le plus souvent. Afin d'empêcher les doigts de glisser, il est utile de les envelopper d'un linge sec. On peut aussi recouvrir le gland d'un peu d'huile pour faciliter sa rentrée dans sa cavité.

On arrive presque toujours à réduire lorsque le prépuce est retourné sur lui-même ; mais, pour le cas où il a glissé longitudinalement, où l'étranglement a lieu par l'ouverture de cette enveloppe, qui se trouve placée immédiatement derrière la couronne, il est ordinairement nécessaire d'avoir recours au débridement. Il en est de même lorsque le phimosis existe depuis un certain temps et qu'il s'est formé des adhérences.

On glisse à plat un bistouri sous le bourrelet préputial, et on incise de bas en haut de la face muqueuse vers la face cutanée. On répète cette petite opération sur trois ou quatre points, et on réduit ensuite comme il a été dit plus haut.

II

DE LA

BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Chez la femme, le siége de la blennorrhagie est multiple; outre l'urèthre, l'inflammation peut envahir la vulve, le vagin, le col de l'utérus, les ovaires, les glandes vulvo-vaginales. Nous devrons donc décrire successivement la vulvite, la vaginite, la métrite du col, l'ovarite, la blennorrhagie de la glande vulvo-vaginale, et enfin l'uréthrite.

De la Vulvite (1).

Les auteurs divisent en général l'inflammation de vulve en érythémateuse aiguë ou chronique, folliculeuse, pseudo-membraneuse et gangréneuse. Scanzoni (2) décrit, d'une part, une inflammation érythémateuse et une inflammation érysipélateuse des grandes

(1) Nous ferons quelques emprunts à un mémoire publié par l'un de nous, en collaboration avec M. Léger, interne à Saint-Lazare : ***Recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme*** (Archives de médecine, 1862).

(2) Traité des maladies des organes sexuels chez la femme, p. 478; 1858.

lèvres, de l'autre une inflammation catarrhale aiguë ou chronique des petites lèvres, avec hypersécrétion de leur membrane muqueuse, une inflammation croupeuse, et enfin une inflammation limitée aux glandes sébacées de ces mêmes petites lèvres. D'après Valleix (1), on doit admettre une vulvite simple, une vulvite blennorrhagique, une vulvite folliculeuse et une folliculite vulvaire qu'il ne faut pas confondre avec la précédente. Plus récemment, M. Guérin (2) a cru devoir établir dans la vulvite deux variétés nouvelles, l'une dite *vulvite sébacée*, l'autre *vulvite des glandes mucipares*. La première est engendrée, dit-il, le plus souvent par la malpropreté ou par des excitations habituelles, l'autre au contraire reconnaît toujours la blennorrhagie pour cause.

Nous croyons qu'on peut facilement simplifier ces divisions, qui compliquent l'étude de la vulvite et y jettent une véritable confusion. Pour nous, la vulvite peut être aiguë ou chronique, générale ou partielle, et enfin simple ou blennorrhagique. Nous n'avons à nous occuper que de la vulvite blennorrhagique.

Vulvite aiguë.

La vulvite aiguë blennorrhagique provient toujours soit de la contagion directe, soit de l'autocontagion résultant de l'extension à la vulve, de la blennorrhagie de l'urèthre, du col, du vagin ou des glandes vulvovaginales.

(1) Guide du médecin praticien, 1861, t. V, p. 1 et suiv.
(2) Gazette des hôpitaux, 10 et 12 sept. 1861.

Symptômes. — Les symptômes varient d'intensité, suivant que l'inflammation est superficielle ou qu'elle a envahi la couche glandulaire placée dans l'épaisseur du derme cutané ou muqueux. Dans le premier cas, il n'existe qu'une légère tuméfaction des grandes et des petites lèvres; la muqueuse, d'un rouge plus ou moins vif, est baignée par un liquide séreux; les malades éprouvent un léger prurit. Dans le second cas, lorsque l'inflammation a envahi la couche glandulaire, les symptômes sont plus graves, les petites lèvres sont très-œdématiées et comme étranglées à leur base, état que, d'après M. Cullerier (1), on peut comparer au paraphimosis de l'homme. La muqueuse, fortement congestionnée, est tuméfiée, comme fongueuse; elle est d'un rouge très-vif, et cette rougeur présente ce caractère particulier, qu'elle est beaucoup plus prononcée à la face interne des petites lèvres, au point où les glandes sébacées forment comme un véritable pavé, et qu'elle s'arrête brusquement aux limites du vestibule, qui ne possède aucune glande ou grappe sébacée (2). Les petites dépressions de la muqueuse, culs-de-sac ou cryptes qu'on a décrits sous le nom de *follicules mucipares*, et qui s'ouvrent au vestibule, au méat et au voisinage de l'orifice vaginal, s'ulcèrent en même temps et sécrètent le pus qui s'accumule dans leur cavité. Toutes les parties ainsi tuméfiées baignent dans un liquide épais, jaunâtre, purulent, plus ou moins abondant; il

(1) Des Affections blennorrhagiques, p. 195; 1861.
(2) Voir le mémoire de MM. Martin et Léger.

n'est pas rare que l'inflammation se propage à l'une des glandes vulvo-vaginales ou même à toutes deux à la fois. Les malades éprouvent de la chaleur, un prurit insupportable, et quelquefois même des douleurs très-vives. La miction devient douloureuse, soit que l'inflammation se soit étendue dans l'intérieur du canal de l'urèthre, soit que l'urine, en s'écoulant, irrite les parties déjà affectées. Les phénomènes généraux sont alors bien marqués; quelquefois cependant il y a une légère accélération du pouls, et, s'il s'agit de femmes nerveuses, on peut observer un état d'excitation générale assez violent pour provoquer une attaque d'hystérie. Les vulvites partielles (folliculite vulvaire, vulvite folliculeuse) sont presque toujours des vulvites simples. L'inflammation blennorrhagique envahit généralement toute la vulve.

Le contact du pus détermine, dans la plupart des cas, une inflammation érysipélateuse de la partie supérieure des cuisses, la peau s'ulcère même quelquefois, et il n'est pas rare de voir la région anale envahie à son tour. L'odeur produite par le mélange du pus et de la matière sébacée est repoussante; les femmes atteintes de vulvite doivent, pour éviter cette odeur, avoir recours à de fréquentes ablutions.

Diagnostic. — Le diagnostic de la vulvite ne présente en général aucune difficulté. La rougeur, la tuméfaction, la douleur et l'écoulement, forment un ensemble de symptômes tout à fait caractéristique. Il est quelques cas cependant qui peuvent embarrasser : ainsi

le chancre infectant et le chancre simple, les plaques muqueuses, la diphthérite syphilitique, les ulcérations secondaires, s'accompagnent quelquefois d'inflammations partielles ou généralisées de la vulve, qui peuvent simuler la vulvite blennorrhagique. On devra, pour éviter une erreur, examiner la vulve avec le plus grand soin, et on pourra trouver dans quelque repli l'accident local, cause première de l'inflammation; de plus, les ganglions inguinaux seront indurés, indolents, multiples, dans les cas de chancre infectant; isolés, phlegmoneux, dans les cas de chancres simples. Quant aux accidents secondaires, ils sont presque toujours accompagnés de symptômes concomitants sur d'autres parties du corps.

Une fois le diagnostic de la vulvite bien établi, il reste encore à décider si la maladie est simple ou de nature blennorrhagique. Cette recherche étiologique, toujours utile au point de vue du traitement, mais toujours fort difficile, peut avoir une grande importance médico-légale.

Vulvite chronique.

La vulvite chronique succède à la forme aiguë, lorsque le manque de soins ou des excitations habituelles l'ont entretenue pendant longtemps. Le plus ordinairement elle se montre d'emblée. Liée ou non à la blennorrhagie de la femme, elle est sous la dépendance d'une débilité marquée de l'organisme, d'un tempérament lymphatique, scrofuleux, ou d'une maladie diathésique quelconque; elle s'étend rarement à toute la

vulve ; elle est souvent limitée à la muqueuse de la face interne des petites lèvres, du vestibule, et de l'orifice du vagin.

Les symptômes sont les mêmes que ceux de la vulvite aiguë, à l'intensité près; il n'existe pas de tuméfaction, pas de chaleur, ni de prurit; la muqueuse prend une teinte violacée, et on peut y voir à l'œil nu un piqueté très-fin, d'un rouge plus vif. Ce piqueté, dû à l'inflammation chronique des glandes sébacées, n'existe qu'aux endroits où nous avons constaté la présence de ces glandes ; il cesse brusquement à l'union des petites lèvres et du vestibule. Les orifices des cryptes muqueux et des canaux excréteurs des glandes vulvo-vaginales présentent une coloration violacée plus foncée que les autres parties de la muqueuse. Cette coloration est due, sans nul doute, à la sortie incessante du pus qui remplit ces cryptes, ou qui provient des glandes de Bartholin. L'écoulement est moins épais et plus abondant que dans la vulvite aiguë, la douleur manque presque complétement. C'est dans la forme chronique de la vulvite que l'on constate le plus souvent la présence de végétations qui apparaissent d'ordinaire près des caroncules myrtiformes, ou sur la partie des petites et des grandes lèvres qui avoisine l'orifice du vagin ; elles affectent parfois la forme d'une touffe, d'un bouquet sortant du canal de la glande vulvo-vaginale, et se reproduisent pendant toute la durée de la sécrétion pathologique.

Traitement. — Le traitement de la vulvite aiguë ne

présente rien de particulier. Si l'étude étiologique fait reconnaître que l'affection est simple, les soins de propreté, les bains qui préviennent l'accumulation de la matière sébacée dans les replis vulvaires, les émollients, et le repos, en viennent promptement à bout. Il n'en est plus de même lorsque la vulvite est de nature blennorrhagique. On devra, outre les moyens précités, employer les astringents, les lotions d'alun, de tannin, de ratanhia. On pourra aussi avoir recours aux applications, à l'aide d'un pinceau, de solutions de nitrate d'argent au $1/_{100}$. A la période la plus aiguë, il sera utile, pour éviter l'excoriation douloureuse que peut amener le frottement, de faire sur les parties malades de légères frictions avec des corps gras (cérat simple ou opiacé, pommade avec beurre de cacao, extrait de jusquiame).

C'est surtout dans la forme chronique de la vulvite qu'il est nécessaire de modifier la vitalité des tissus. On devra, une fois ou deux par semaine, toucher les parties avec le crayon de nitrate d'argent, ou les badigeonner avec la solution du même sel au $1/_{10}$, ou même à parties égales s'il est besoin. Lorsque l'inflammation occupe surtout les cryptes muqueux vulvaires, les cautérisations ainsi pratiquées ne suffiront plus, car le liquide caustique ne pénètre pas dans les culs-de-sac de la muqueuse, et la sécrétion purulente n'est pas modifiée. Robert, le regrettable chirurgien de l'Hôtel-Dieu, employait dans ce cas l'incision; il introduisait dans la cavité du follicule un stylet d'Anel, sur lequel il glissait une des lames des ciseaux dont il se servait pour

diviser la cloison membraneuse et mince qui sépare la cavité du follicule de la surface de la muqueuse vulvaire. Il cautérisait ensuite avec le nitrate d'argent. Cette méthode est bonne et doit être employée. Nous avons aussi obtenu de bons résultats en injectant isolément dans chacun des cryptes muqueux, au moyen de la seringue de Pravaz, la solution au dixième ou à parties égales, de nitrate d'argent. Une inflammation violente, avec augmentation de la sécrétion purulente, se manifeste pendant quelques jours à la suite de ces injections; puis bientôt cette inflammation accidentelle, disparaît, et, avec elle, l'hypersécrétion.

En même temps que ces moyens locaux, il faudra agir sur l'économie tout entière par un traitement général, qui variera suivant les indications.

Vaginite.

L'inflammation du vagin est une affection assez fréquente, qui n'est bien étudiée que depuis l'application du spéculum au diagnostic des affections gynécologiques. Elle peut être simple ou blennorrhagique. Nous ne nous occuperons que de la vaginite blennorrhagique qui rentre seule dans notre cadre.

Nous croyons que la vaginite et la vulvite, lorsqu'elles sont de nature blennorrhagique, sont toujours précédées d'une période d'incubation, dont la durée peut être fixée à deux ou trois jours.

La vaginite est aiguë ou chronique.

Dans la période aiguë, la malade éprouve des démangeaisons à la vulve; la miction détermine une cuisson

assez vive, à cause des gouttes d'urine qui tombent sur la partie inférieure du vagin; la défécation produit une sensation pénible : les aines et le bas-ventre sont le siége d'une douleur sourde. La sensibilité de la muqueuse vaginale est tellement vive, que le toucher est impossible, et à plus forte raison les rapports sexuels. La sécrétion est d'abord blanchâtre, filante, puis elle devient jaune verdâtre ; lorsqu'elle est abondante, elle baigne les organes génitaux externes, et donne lieu à l'inflammation blennorrhagique de la vulve, cortége presque indispensable de la vaginite. Le linge est taché en jaune verdâtre, et les taches, en se desséchant, laissent de petites écailles jaunes.

La vaginite peut être générale ou partielle; elle est, dans certains cas, limitée au cul-de-sac utérin, et elle coïncide alors presque toujours avec une ulcération du col. La muqueuse atteinte par l'inflammation est d'un rouge vif; elle présente quelquefois des érosions ou des granulations signalées d'abord par M. Ricord en 1833, et plus tard par M. Deville (1). Ce dernier auteur a cru pouvoir considérer ces granulations comme spéciales à l'état de grossesse; nous avons cependant pu les observer souvent en dehors de cet état. On ne peut guère constater au toucher la présence de ces granulations, qu'on voit en revanche très-nettement en employant le spéculum.

Le contact du pus qui vient baigner, comme nous

(1) De la Vaginite granuleuse (*Archives générales de médecine*, 1844).

l'avons dit, les parties génitales externes, la face interne des cuisses, le périnée, produit souvent sur toutes ces parties des érosions et une inflammation érythémateuse qui donnent lieu à un prurit très-désagréable. Le pus peut ainsi faire naître des végétations qui envahissent toutes les régions qui sont en contact avec lui. Ce pus contient, dans quelques cas, une certaine quantité de sang provenant des érosions ou des ulcérations vaginales. On y trouve, selon M. Donné (1), des animalcules que ce savant a nommés *trichomonas,* et qu'il a rencontrés seulement dans les sécrétions mucopurulentes du vagin.

En écartant les petites lèvres, on peut voir, à l'entrée du vagin, la muqueuse rouge, boursouflée; mais, pour avoir une notion bien exacte du siége de l'inflammation et de la nature des lésions qui l'accompagnent, il faut recourir au spéculum. Cette opération, ordinairement sans difficulté et qui ne cause qu'une douleur très-supportable, peut devenir impossible dans certains cas, soit lorsque la vaginite est franchement phlegmoneuse, soit encore lorsqu'il y a une contraction spasmodique du sphincter vaginal (2). Cette contraction spasmodique est souvent liée à la vaginite, et, pour notre part, nous en avons observé plusieurs cas. Ce que le praticien a de mieux à faire en pareille occurrence, c'est d'habituer progressivement les organes au contact des corps étrangers en introduisant chaque

(1) Cours de microscopie, p. 157. Paris, 1844.
(2) Voir la thèse de M. Charrier. Paris, 1862.

jour dans le vagin des mèches de plus en plus volumineuses.

A quelle forme de spéculum doit-on donner la préférence ? Au spéculum plein, bivalve, trivalve, quadrivalve, etc.

Pour nous, nous n'hésitons pas à préférer à tous les autres, dans les cas de vaginite, le spéculum quadrivalve de M. Jobert, perfectionné par M. Charrière. Il est d'une introduction facile, car l'extrémité de l'instrument, aplatie sur les côtés, a son grand diamètre dirigé verticalement, et par conséquent dans le seul sens où on puisse agrandir l'anneau vulvaire sans douleur. Lorsqu'il est ouvert dans le vagin, il a le grand avantage de tendre les parois de cette cavité, et de les étaler pour ainsi dire. Nous croyons qu'il est bon de se servir du spéculum dont les valves sont disposées à leur extrémité en bec de canne, ce qui permet de se dispenser de l'embout.

Le spéculum bivalve de M. Ricord peut aussi être employé pour la vaginite ; cependant il a un inconvénient que nous devons signaler, c'est que, lorsqu'il est ouvert, ses valves se trouvent séparées par de larges intervalles dans lesquels les replis vaginaux viennent s'interposer, on voit moins bien la muqueuse, et puis on s'expose à la pincer douloureusement en retirant l'instrument.

Quant au spéculum plein ou au trivalve ancien, ils ont une grande utilité pour l'examen du col utérin, mais ils ne conviennent pas dans les cas de vaginite.

L'inflammation blennorrhagique aiguë du vagin

s'étend le plus souvent de l'orifice vulvaire vers le cul-de-sac et le col, qu'elle n'envahit que postérieurement ; c'est identiquement la marche que suit la blennorrhagie uréthrale chez l'homme.

Si la vaginite est traitée convenablement, la coloration de la muqueuse devient moins vive, l'écoulement perd sa couleur verdâtre, puis finit par disparaître, ainsi que les douleurs, le prurit, et en un mot tout le cortége symptomatique. Si au contraire la vaginite n'est pas traitée à temps opportun et avec les moyens thérapeutiques appropriés, elle passe à l'état chronique ; l'écoulement devient alors séro-purulent ; la femme n'éprouve plus de douleurs ni de démangeaisons, mais un sentiment de pesanteur dans les aines et le bas-ventre. La vaginite chronique s'accompagne très-souvent de végétations moins volumineuses et moins nombreuses que dans la vaginite aiguë. La vaginite chronique qui dure depuis un certain temps peut affaiblir beaucoup les malades.

Le diagnostic de la vaginite aiguë, lorsqu'on emploie le spéculum, ne présente aucune difficulté. Quand la vaginite est passée à l'état chronique, la muqueuse n'est pas rouge, elle peut être même très-pâle ; les ulcérations, les érosions, les granulations, ont disparu, et on peut la confondre avec un écoulement catarrhal utérin.

Le traitement de la vaginite présente, comme celui de la blennorrhagie chez l'homme, deux méthodes bien distinctes, le traitement abortif et le traitement curatif.

La méthode abortive paraît n'avoir pas eu dans la vaginite des résultats aussi heureux que pour la blennorrhagie. M. Cullerier, qui a expérimenté cette méthode à Lourcine avec beaucoup de soin et de rigueur, a dû renoncer complétement à son emploi, à cause des douleurs, de l'inflammation locale et de la réaction générale qu'elle déterminait.

L'isolement des surfaces au moyen du tamponnement est un très-bon moyen qui a été préconisé depuis longtemps par M. Ricord et par Hourmann. M. Adolphe Richard plonge les tampons qu'il fait pénétrer dans le vagin dans une glycérolé de tannin ; il dit en avoir obtenu de bons résultats. Nous nous sommes servis bien souvent de tampons imbibés de glycérine, d'eau alunée, ou bien enduits de pommade à la ratanhia ; nous avons fait dans le vagin des instillations de poudres de sous-nitrate de bismuth et de calomel, mélangées dans diverses proportions. Ces divers moyens agissent surtout par l'isolement des surfaces enflammées et réussissent généralement.

Lorsque la blennorrhagie vaginale à l'état aigu donne lieu à une réaction générale et locale intense, on aura recours aux antiphlogistiques, aux sangsues (dans quelques cas), aux injections avec la décoction de guimauve, de graine de lin, de têtes de pavot. On a proposé aussi d'introduire dans la cavité vaginale une espèce de gâteau de farine de graine de lin en guise de cataplasme. Les bains de siége et les grands bains tièdes seront aussi ordonnés. On y joindra les tisanes délayantes, un régime doux, et, autant que possible, le repos.

Lorsque la période aiguë est passée, on prescrira les injections astringentes faites avec les solutions d'alun, de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, avec les décoctions de feuilles de noyer, de ratanhia, de roses de Provins. On pourra aussi ordonner les injections avec l'urine chargée des principes du cubèbe et du copahu, injections qui, avons-nous dit, ont été conseillées par M. Hardy; mais ce moyen, répugnant par lui-même, est presque toujours repoussé par les malades. On devra joindre aux injections le tamponnement, qui en est le complément utile.

Pour la vaginite chronique, on aura recours avec succès aux médicaments toniques généraux, au fer, au quinquina, à l'iode, aux amers, aux bains de mer ou de rivière, aux douches froides, aux bains sulfureux. On continuera les injections astringentes, qui, si elles n'arrivent pas à tarir l'écoulement, auront au moins l'avantage de le modérer.

L'un de nous a vu employer à Saint-Lazare, pour le traitement de la vaginite chronique, un procédé un peu énergique que nous ne saurions assez recommander pour les cas où ont échoué tous les moyens locaux et généraux. On fait pénétrer dans le vagin un spéculum plein en verre; lorsqu'il est introduit, on élève le siége de la femme au moyen de coussins et on verse dans le spéculum environ 30 ou 40 grammes d'une solution de nitrate d'argent (sel et eau distillée, à parties égales). On retire lentement l'instrument en barbouillant avec un balai de charpie les parois depuis le col jusqu'à la vulve. Cette méthode est certainement douloureuse,

mais elle est presque toujours suivie de guérison, à la condition qu'elle soit bien appliquée.

Métrite blennorrhagique.

La métrite blennorrhagique est souvent consécutive à la vaginite ; l'inflammation gagne le col, puis la muqueuse qui tapisse la face interne de l'utérus ; dans d'autres cas, elle est primitive et, presque toujours alors, limitée au col.

Nous avons donc à étudier la métrite du col et la métrite du corps de l'utérus.

MÉTRITE DU COL. — L'inflammation blennhorrhagique du col de l'utérus donne toujours lieu à des ulcérations ou à des granulations : d'où deux formes de métrite du col, l'ulcération proprement dite, et l'ulcération granuleuse.

ULCÉRATION PROPREMENT DITE. — L'ulcération blennorrhagique du col est toujours superficielle. On constate au début, au moyen du spéculum, une rougeur plus ou moins vive siégeant tantôt sur une lèvre, tantôt sur une autre, mais le plus ordinairement autour de l'orifice. A cette rougeur succèdent, au bout de quelques jours, une tuméfaction, une congestion de l'organe ; l'épithélium se soulève et donne lieu, par sa disparition, à une ulcération superficielle qui s'étend de proche en proche et envahit souvent tout le col. Sa surface est tantôt saignante, rugueuse, tantôt lisse, brillante, et recouverte d'un liquide muco-purulent très-difficile à enlever.

Au toucher, on peut reconnaître l'existence d'une très-légère perte de substance qu'on perçoit surtout vers le bord de l'érosion. Il est très-rare que la blennorrhagie donne lieu à des ulcérations profondes, fongueuses; elle se borne presque toujours aux lésions légères que nous venons de décrire.

Ulcération granuleuse. — L'ulcération granuleuse peut affecter deux types différents. Lorsque les granulations ulcérées sont petites et réunies en groupes, elles offrent l'aspect d'une surface rouge, rugueuse, parsemée de petites aspérités qui se remarquent par une coloration plus foncée. C'est cette variété à laquelle on a donné le nom de *framboisée.*

Si, au contraire, les granulations sont plus volumineuses, molles, isolées, plus espacées, n'étant plus aussi comprimées, il reste des espaces presque sains entre les différentes granulations ulcérées, ce qui produit une série de saillies et d'enfoncements. Ces enfoncements, presque linéaires, se dirigent vers l'orifice et donnent à l'ulcération la forme rayonnée. On a donné à cette variété le nom de *striée ;* elle produit une suppuration assez abondante.

Métrite du corps de l'utérus. — L'inflammation blennorhagique de la muqueuse du col peut, dans quelques cas, envahir la cavité du col ou même celle du corps. Le volume de l'utérus augmente, ce qu'on peut constater par le toucher ; la suppuration devient plus abondante et on voit, au moyen du spéculum, le muco-pus sortir du col en assez grande quantité. La

malade éprouve de la sensibilité et des tiraillements dans le bas-ventre et les aines, de la pesanteur dans les reins. Elle présente quelquefois de la fièvre et un état saburral assez prononcé.

Les deux moyens employés pour arriver au diagnostic des différentes variétés de métrite sont le toucher et l'emploi du spéculum.

Le toucher, dans le cas de métrite du col, permet d'apprécier le gonflement et fait percevoir des irrégularités à la surface du col, ou bien il donne la sensation que Chomel a comparée avec raison avec celle que fait éprouver au doigt le contact du velours de laine.

Nous croyons qu'il vaut mieux, dans les cas d'affection du col et du corps de l'utérus, employer le spéculum plein de Récamier, armé de l'embout ajouté par M[me] Boivin. On doit, en l'introduisant, le tenir beaucoup plus élevé qu'on ne le fait d'ordinaire; on tombe de cette façon presque toujours sur le col. Si l'ulcération est très-étendue et si le col est hypertrophié, on devra employer le spéculum à quatre valves; mais, pour la grande majorité des cas, nous préférons le spéculum plein qui est d'un maniement beaucoup plus facile et qui permet de voir parfaitement le col.

On devra combattre la métrite blennorrhagique, pendant la période aiguë, par les bains de siége émollients, les injections vaginales avec la décoction de pavot ou de guimauve, et par un régime doux. Si la réaction générale est violente, on aura recours aux émissions sanguines, à la saignée générale ou bien aux applications locales de sangsues.

Plus tard, lorsque la période aiguë est passée, on emploiera les cautérisations du col soit avec le nitrate d'argent solide, soit avec une solution de ce sel dans 10 parties d'eau. On pourra se servir dans le même but des acides sulfurique mono-hydraté, azotique, chlorhydrique, du nitrate acide de mercure, étendus d'une quantité d'eau variable. Dans le cas d'ulcérations devenues fongueuses, avec perte notable de substance, gonflement et hypertrophie, on pourra appliquer le fer rouge ou la pâte de Vienne (caustique de Filhos). A ces moyens énergiques, on joindra les injections astringentes et les douches froides sur le col. Les injections intra-utérines pourront rendre de grands services, et, employées avec certaines précautions, elles ne présentent aucun danger sérieux.

La métrite chronique est presque toujours entretenue par un mauvais état de la santé générale, et elle cédera plus facilement à l'emploi des toniques et des excitants (fer, vin de quinquina, bains de mer, etc.), si l'on y joint les moyens thérapeutiques locaux.

Ovarite blennorrhagique.

L'extension de l'inflammation blennorrhagique à l'ovaire est une complication rare de la métrite du corps de l'utérus. Elle avait été signalée déjà par Hunter (1) et décrite par M. Ricord (2) ; mais c'est à MM. Bernutz et Goupil qu'appartient l'honneur de l'avoir étudiée complétement. Ces deux auteurs ont

(1) Loc. cit., p. 107.
(2) Loc. cit., p. 116.

donné à cette affection le nom de *pelvi-péritonite blennorrhagique*, parce que, selon eux, l'inflammation qui gagne l'ovaire par les trompes s'empare du péritoine pelvien, et cette péritonite partielle devient la lésion la plus grave. Il peut aussi se faire que l'ovaire lui-même reste sain, ainsi que cela a été constaté dans plusieurs autopsies (1); nous croyons donc que le nom de pelvi-péritonite est celui qui convient le mieux pour désigner cette affection.

La pelvi-péritonite blennorrhagique cause des douleurs assez vives dans l'une des deux fosses iliaques ou dans les deux à la fois. Ces douleurs, qui augmentent par la pression, présentent ce curieux caractère, que si on refoule l'utérus du côté malade, elles diminuent, et qu'elles deviennent au contraire plus fortes si on refoule l'utérus du côté sain; cela est dû au tiraillement et à la distension des ligaments larges. C'est M. Ricord qui a le premier signalé ce fait qui peut être d'une grande importance pour le diagnostic. Lorsque le tissu parenchymateux de l'ovaire est envahi, on sent à travers les parois abdominales un corps rond, dur, globuleux.

La pelvi-péritonite blennorrhagique est presque toujours méconnue ou confondue avec la métrite, et nous sommes tout à fait de l'avis de M. Cullerier (2) qui dit qu'on peut rencontrer souvent cette affection, sans pouvoir la reconnaître ou du moins sans pouvoir affirmer son existence.

(1) Chauvel, thèses de Paris, 1861.

(2) Leçons sur les affections blennorrhagiques, p. 204.

Les antiphlogistiques et plus tard les résolutifs constituent tout le traitement de la pelvi-péritonite qui se termine le plus souvent par résolution, au bout de trois ou quatre septénaires. Nous ne serions pas éloignés d'admettre, ainsi que M. Melchior Robert (1), que cette affection doit être, dans quelques cas, le point de départ des hydropisies et des kystes partiels de l'ovaire.

Blennorrhagie de la glande vulvo-vaginale.

L'inflammation blennorrhagique peut être limitée à une seule des glandes vulvo-vaginales, ou bien elle peut les atteindre toutes deux. Elle est, le plus souvent, le résultat de l'extension de la vulvite et de la vaginite. Boerhaave, Laméthrie et Hunter, avaient dit déjà qu'il se formait, dans le cours de la blennorrhagie, de petits abcès dans les lacunes des parties latérales du vagin. Depuis ces auteurs, les observations n'ont pas manqué. L'inflammation peut rester limitée au conduit excréteur, au tissu cellulaire de la glande, ou s'étendre à chacun des lobules, ce qui constitue autant de variétés distinctes parfaitement étudiées par M. Huguier.

Lorsque l'inflammation siége dans le conduit excréteur, la glande elle-même reste le plus souvent intacte; ce n'est qu'à une période un peu avancée qu'elle participe à l'inflammation si elle doit être envahie. Tout le canal excréteur devient le siége d'une hypérémie plus ou moins considérable; la muqueuse qui en tapisse les parois se colore en rouge vif, augmente d'épaisseur et

(1) Loc. cit., p. 273.

devient tomenteuse, ce qui détermine une diminution notable ou même une oblitération complète de l'orifice du canal. Le liquide sécrété est d'abord muco-purulent, puis tout à fait purulent ; il peut s'accumuler, dans quelques cas, dans le canal excréteur et former un véritable abcès qu'on est obligé d'ouvrir.

L'inflammation du tissu cellulaire qui pénètre entre les différents lobes de la glande vulvo-vaginale est souvent la conséquence de l'inflammation de la glande elle-même, elle donne lieu aussi à des abcès des grandes lèvres qui s'ouvrent quelquefois dans le rectum et consécutivement à des fistules recto-vulvaires.

Le diagnostic de la blennorrhagie de la glande de Bartholin ne présente pas la moindre difficulté : l'orifice de la glande apparaît entouré d'une auréole d'un rouge vif ; il est tuméfié et laisse échapper, quand on presse sur la grande lèvre, un liquide purulent, en assez grande abondance. Souvent des végétations entourent cet orifice ou paraissent en sortir.

Le meilleur mode de traitement, en outre des moyens communs employés dans toutes les variétés de la blennorrhagie, c'est l'injection dans le canal excréteur de la glande, au moyen de la seringue d'Anel ou de Pravaz, d'une solution de nitrate d'argent au 10e. Nous avons obtenu les meilleurs résultats de ces injections ; une seule a souvent suffi. Dans quelques cas, il a fallu répéter l'opération.

Uréthrite.

L'uréthrite blennorrhagique est une affection assez rare chez la femme. Sur un nombre total de 1607 ma-

lades entrées dans le service de vénériennes de Saint-Lazare, pendant l'année 1859, on en a trouvé 112 seulement qui fussent atteintes d'uréthrites. C'est environ un quatorzième. Encore faut-il ajouter que, chez la femme, cette affection existe rarement seule, qu'elle est presque toujours liée à la blennorrhagie de la vulve, du vagin ou de la glande de Bartholin. Le mode de contagion explique, du reste, combien il est difficile qu'elle soit limitée au canal de l'urèthre.

Le diagnostic, les symptômes et le traitement de l'uréthrite aiguë chez la femme ne diffèrent en rien de ceux de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme; si ce n'est cependant que l'urèthre étant chez la femme moins étendu et moins important, la suppuration est moins abondante, les douleurs moins vives pendant et après la miction, et la réaction générale moins tranchée. Il est bon d'ajouter aussi que les petites dimensions de ce canal, sa facile distension et sa sensibilité réellement plus obtuse que chez l'homme, permettent d'employer sans danger des moyens locaux de traitement plus violents, mais aussi plus actifs.

Après une durée de trois ou quatre septénaires, la blennorrhagie uréthrale, combattue par les balsamiques et les astringents, disparaît quelquefois d'une manière complète. Souvent la terminaison n'est pas aussi heureuse, et la forme chronique vient simplement remplacer l'état aigu de la maladie. A cette période, la femme n'éprouve plus de douleurs ni de prurit pendant ni après la miction, et l'écoulement, qui a cessé d'être contagieux, a presque disparu. Cependant, si on intro-

duit le doigt indicateur dans le vagin, et si on le retire en pressant sur le canal d'arrière en avant, on fait sourdre quelques gouttes de pus qui viennent des cryptes de l'urèthre et du méat urinaire ; la muqueuse qui tapisse leurs cavités a échappé à l'action des divers traitements employés, et c'est cette muqueuse seule qui est presque toujours le siége de l'uréthrite chronique chez la femme. La blennorrhagie uréthrale se traduit chez elle par un suintement insignifiant dont la malade ne soupçonne pas, le plus souvent, l'existence. Nous avons pu le constater maintes fois à Lourcine et à Saint-Lazare.

La première indication à remplir dans le traitement, c'est de déposer à la surface de la muqueuse du canal un agent modificateur qui puisse pénétrer dans l'intérieur des cryptes.

Les injections caustiques ou astringentes faites par le procédé ordinaire rempliraient-elles le but proposé? L'expérience nous permet de répondre catégoriquement par la négative. En effet, comme le fait judicieusement observer M. Cullerier (1), le peu de longueur du canal de l'urèthre chez la femme fait que le liquide injecté passe en grande partie dans la vessie. Dans un cas de blennorrhagie aiguë, la petite quantité de liquide qui serait en contact avec la muqueuse pourrait la modifier, mais, dans la blennorrhée, les cryptes muqueux sont le seul siége de la maladie, et l'injection, ne rencontrant pas d'obstacle au col de la vessie,

(1) Des Affections blennorrhagiques, p. 228.

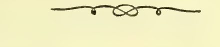
ne distendra pas le canal et ne pénétrera pas, par conséquent, dans leurs cavités.

Ce qui nous a le mieux réussi, et ce qui remplit le mieux l'indication principale, c'est l'introduction dans l'urèthre de suppositoires astringents composés de 1 cinquième de poudre de tannin et de 4 cinquièmes de beurre de cacao ou de 2 tiers de beurre de cacao et de 1 tiers de poudre d'alun.

Ce sont de petits cylindres de 30 millimètres de longueur sur 5 millimètres de diamètre que nous introduisons dans le canal. Ils fondent lentement et saturent, pour ainsi dire, la muqueuse, dont aucun repli n'échappe à leur action modificatrice. Leur application, surtout celle des suppositoires alunés, donne lieu à une douleur assez vive qui dure quatre ou cinq heures; cette douleur s'accompagne quelquefois de ténesme; elle produit une exaspération momentanée; l'écoulement devient plus abondant, le prurit se fait de nouveau sentir pendant la miction, puis, après un jour ou deux, ces symptômes s'amendent et l'écoulement disparaît d'une manière complète. On doit employer d'abord les suppositoires au tannin et ensuite, s'ils n'ont pas réussi, les suppositoires alunés. Nous avons obtenu les meilleurs résultats de ce mode de traitement. Nous avons eu aussi à nous louer de l'emploi de la solution de nitrate d'argent (à parties égales), portée dans l'urèthre, au moyen du porte-caustique de M. Clerc.

L'inflammation chronique des cryptes du méat, et plus rarement celle des cryptes vestibulaires, est liée à la blennorrhée uréthrale. Lorsque l'orifice extérieur

de ces cryptes est assez large pour permettre l'introduction de la canule de la seringue de Pravaz, on peut faire des injections dans leurs cavités avec la solution de nitrate d'argent (parties égales). On peut ainsi y introduire l'extrémité d'une aiguille à tricoter qu'on fait rougir à la flamme d'une bougie.



VÉGÉTATIONS

Les végétations sont des produits épigéniques de formes variables, qui croissent accidentellement sur les différentes régions de la peau et des muqueuses.

Nous ne nous occuperons que des végétations qui prennent naissance sur les organes génitaux des deux sexes; mais on peut également en rencontrer sur tous les autres points des systèmes cutanés et muqueux.

On a longtemps considéré ces produits comme syphilitiques; et, de nos jours encore, quelques auteurs les rattachent à la vérole.

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, la nature spécifique de ces lésions n'est mise en doute par personne.

Fabre (1773) ne fait aucune restriction sur leur provenance syphilitique; il dit qu'on les voit quelquefois tomber d'elles-mêmes pendant l'administration des mercuriaux, et que, dans tous les cas, on ne doit arriver au traitement local avec chance de succès que lorsque le malade a subi un traitement général complet. Dans cette dernière circonstance seulement, elles ne repullulent pas.

Nisbet (1778) regarde les poireaux comme les restes de la maladie vénérienne. Il recommande de les traiter par l'excision et la cautérisation ; il regrette vivement que beaucoup de praticiens persistent dans leur routine et administrent les mercuriaux, qui sont funestes aux malades et n'ont jamais eu aucune action sur les végétations.

Capuron (1807) distingue des excroissances simples et syphilitiques; M. Lagneau (1828) croit qu'elles naissent sous l'influence du virus vénérien ; Vidal (1843) pense qu'elles n'apparaissent jamais sans coït préalable.

Aujourd'hui la plupart des syphiliographes reconnaissent qu'elles constituent un produit accidentel qui n'a rien de commun avec la vérole.

M. Bazin (1) a émis une opinion toute particulière sur la nature de ces productions. Ce sont pour lui des excroissances déterminées par un liquide spécifique, mais complétement indépendantes de la diathèse ; en d'autres termes, la végétation est une affection locale, mais ayant besoin pour paraître de l'action du pus syphilitique.

M. Diday admet l'origine non spécifique de ces lésions, mais il cherche de plus à établir qu'elles sont de même nature que les verrues, et que ceux qui ont des végétations ont ordinairement des verrues.

Étiologie. — Les causes des végétations sont nombreuses, mais toutes se rattachent à la production d'une sécrétion exagérée ; aussi sont-elles plus fré-

(1) Leçons sur les syphilides, 1859.

quentes chez la femme que chez l'homme. La malpropreté, les écoulements de toutes sortes, les font souvent naître ; ainsi, chez les femmes enceintes, les sécrétions muqueuses qui ont lieu pendant la gestation amènent ce résultat dans beaucoup de cas, et alors on peut voir les lésions disparaître après la cessation de la cause, après l'accouchement, bien que ce ne soit pas là une règle constante, comme l'a prouvé M. Thibierge (1) dans son excellent mémoire. Les observations de M. Ancelot (2) sont venues confirmer ce fait, qui est en désaccord avec ce qu'avait avancé Cullerier l'ancien (3).

Chez les hommes dont le prépuce est long, la sécrétion sébacée abondante ; chez les femmes dont le vagin et la vulve sont continuellement souillés par des liquides âcres, il n'est pas rare de voir de ces excroissances, même avant tout coït préalable. Nous avons pu recueillir, chez des sujets vierges des deux sexes, des observations de végétations qui avaient pris un accroissement assez considérable.

En thèse générale, on peut admettre que tout écoulement un peu abondant et de longue durée est susceptible, pour peu qu'il soit irritant, de donner naissance à cette affection.

Fréquemment les végétations se montrent à la sur-

(1) Des Végétations qui se développent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse (*Archives générales de médecine*, 1856).

(2) Des Végétations vulvo-anales des femmes enceintes (journal *le Progrès*, 1858).

(3) Dictionnaire en 60 vol.

face d'une plaie en voie de cicatrisation, sur un chancre, une plaque muqueuse, une ulcération simple ; c'est dans ces cas surtout qu'on a pu croire que ces productions transmettaient des maladies dont elles n'étaient qu'un épiphénomène.

Symptomatologie. — Les végétations sont représentées par des tumeurs plus ou moins vasculaires, de dimensions variables, sessiles ou pédiculées, implantées sur la peau ou les muqueuses.

Leur forme varie à l'infini, et les apparences diverses qu'elles revêtent leur ont fait donner par les auteurs des dénominations bizarres : ainsi on nomme *verrues* les végétations non pédiculées, peu colorées et à surface fendillée ; *poireaux*, celles qui ont un pédicule et présentent une sorte de tête ; on les désigne sous le nom de *choux-fleurs*, si de la tige principale partent plusieurs branches qui s'irradient dans différents sens ; sous celui de *mûres*, *framboises*, *fraises*, suivant que leur couleur est plus ou moins foncée. Les *crêtes de coq* ont une forme aplatie qui reconnaît pour cause le siége qu'elles occupent.

Leur *volume* dépasse à peine celui d'une tête d'épingle dans certains cas, et acquiert, dans d'autres, les dimensions des deux poings réunis. Chez les sujets peu soigneux, elles prennent un développement énorme, et chez certaines femmes on observe de ces produits qui s'étendent de la vulve à l'anus en obturant plus ou moins complétement ces orifices.

Leur *nombre* est en général assez considérable. Il est

plus fréquent d'en trouver plusieurs sur la même région que de n'en rencontrer qu'une ou deux, surtout lorsque la maladie a duré quelque temps.

Le siége des végétations, comme nous l'avons vu, n'a rien d'exclusif, on peut les rencontrer partout; cependant elles ont une sorte de prédilection pour les organes génitaux, et c'est pour cette raison sans doute qu'on les a si longtemps rangées au nombre des affections syphilitiques.

Elles siégent de préférence sur certaines parties. Chez l'homme, on les voit fréquemment au niveau de la couronne du gland, en particulier aux environs du frein; chez la femme, ce sont l'entrée du vagin et les petites lèvres qui en présentent le plus souvent. On en observe aussi dans le vagin, sur le col; elles ne sont pas rares sur le gland, le prépuce, etc. Dans les deux sexes, on les trouve maintes fois à l'anus, dans le canal de l'urèthre, surtout à son ouverture.

Les végétations peuvent exister sans donner lieu à aucun symptôme. Le plus souvent cependant le malade ressent un sentiment de chaleur, du prurit, des démangeaisons au niveau du point où elles sont situées; plus rarement il éprouve une véritable douleur. Elles sont parfois complétement indolentes. Lorsque la lésion acquiert un volume considérable, elle peut amener des symptômes plus ou moins graves en comprimant les parties voisines. L'écoulement dont elles sont le siége a une odeur désagréable, souvent fétide, il est une cause d'affaiblissement quelquefois assez marqué pour amener des signes généraux, de l'amaigrissement, de la

pâleur, une teinte cachectique; mais c'est là un fait exceptionnel.

Elles peuvent s'ulcérer, donner lieu à des hémorrhagies, qui sont dans certains cas difficiles à arrêter. En obturant la vulve ou l'anus, elles produisent des accidents multipliés : elles s'opposent aux rapprochements, gênent la défécation, retardent l'accouchement. Elles rendent la marche difficile et quelquefois impossible. En général, elles sont humides, friables, lorsqu'elles sont implantées sur des muqueuses recouvertes par les vêtements, et, au contraire, sèches, dures, lorsqu'elles sont exposées à l'air.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est facile lorsque la lésion est accessible à la vue, et qu'elle n'est pas dénaturée par des ulcérations ou par une longue suppuration. Dans le premier cas, on ne peut avoir que des probabilités; dans le second, il arrive parfois qu'elle prend un aspect tel qu'il est fort difficile de la distinguer de certaines affections, et en particulier du cancer.

Dans quelques circonstances, en effet, on trouve une masse végétante, volumineuse, à surface ulcérée, à fond sanieux, qui sécrète une humeur fétide. Cette tumeur présente dans certains points des duretés, dans d'autres des ramollissements, s'accompagne parfois de symptômes généraux plus ou moins graves, dus à une suppuration prolongée et à la douleur. Il faut alors une grande attention pour savoir si l'on a affaire à une affection simple ou maligne. C'est surtout le cancer de la verge que l'on a confondu avec la maladie dans ces cas, et il est parfois difficile d'éviter l'erreur.

On observe fréquemment, avec le cancer, l'engorgement indolent des ganglions de l'aine, il n'y a pas plusieurs masses, comme cela arrive le plus souvent avec les végétations. On tiendra compte de l'âge du malade, de la marche de la lésion, rapide dans un cas, lente dans l'autre. S'il reste des doutes, on aura recours au microscope, qui, si ce sont des végétations, ne permettra de trouver que des cellules épidermiques et un élément vasculaire (1), tandis que si l'on a affaire à un cancer, on constatera la présence de ses éléments spéciaux.

Pronostic. — L'affection par elle-même n'est pas grave, mais elle le devient quelquefois par suite du volume qu'elle acquiert. Le siége qu'elle occupe peut aussi lui donner une certaine gravité : ainsi, lorsqu'elle est située dans l'intérieur du canal de l'urèthre, outre qu'il est difficile de la guérir, elle peut amener des accidents plus ou moins inquiétants. Il faut savoir aussi que, chez quelques sujets, les végétations ont une telle facilité de reproduction, qu'il est presque impossible d'en obtenir la disparition complète; elles renaissent presque immédiatement après leur destruction, et il faut un temps très-long pour arriver à la guérison complète.

Traitement. — Les végétations constituent une affection toute locale, on ne doit jamais employer contre elles le traitement antisyphilitique. On rencontre encore

(1) Lebert, Physiologie pathologique.

de nos jours de nombreux malades que les médecins soumettent aux mercuriaux ou à l'iodure de potassium, espérant, sous l'influence de ces médicaments, voir disparaître les végétations; mais, au bout d'un certain temps, on est toujours obligé d'en venir aux moyens locaux, qui seuls ont une action évidente sur ces productions.

La guérison spontanée s'observe quelquefois, c'est le plus ordinairement à la suite d'une inflammation vive; les végétations sont frappées de gangrène et tombent, laissant une plaie qui guérit rapidement. On les voit aussi parfois disparaître, sans le secours de l'art, à la suite de la grossesse, comme nous l'avons fait remarquer quelques pages plus haut.

Les topiques que l'on a employés contre ces produits épigéniques sont très-nombreux. Swediaur se servait d'une poudre composée ainsi :

Sabine.	ãã parties égales.
Alun calciné.	
Poudre d'oxyde de fer. . . .	

Vidal usait souvent du mélange :

Sabine	ãã 3 grammes.
Alun calciné.	

qui n'est autre que la poudre de Swediaur, moins l'oxyde de fer.

Un médecin hongrois, M. Breschet, s'est bien trouvé de l'emploi externe du thuya occidentalis, d'après la méthode de Léo. On fait une teinture dans les proportions de trois parties de feuilles pour six d'alcool rectifié.

On applique le liquide sur les excroissances, elles se flétrissent et tombent en une quinzaine de jours (1). On a vanté encore la boue d'opium, l'opium brut, l'alun, le calomel, etc.; mais ces moyens sont rarement suffisants, et l'on est contraint, dans l'immense majorité des cas, d'avoir recours aux caustiques ou à l'instrument tranchant.

On emploie peu les caustiques solides, à moins que les végétations ne soient très-volumineuses; alors on pourrait faire des applications de caustique de Vienne, de pâte sulfurique, de chlorure de zinc. Ce dernier agent serait peut-être préférable; on se servirait alors de flèches sèches et dures que l'on enfoncerait dans différents points de la tumeur, ce qui amènerait assez vite sa destruction. Dans les cas ordinaires, les caustiques liquides suffisent. On a successivement expérimenté les acides forts, l'acide azotique mono-hydraté et un grand nombre d'autres substances. Aujourd'hui on se sert presque exclusivement du nitrate acide de mercure; on pourrait également mettre en usage l'acide chromique, le sublimé en solution concentrée, l'acide acétique pur.

Le nitrate acide s'applique de la façon suivante : on trempe un pinceau dans le liquide, et on humecte chaque végétation de telle façon qu'elle devienne complétement blanche. Elle se flétrit et tombe au bout de quelques jours; on est quelquefois obligé de faire plusieurs cautérisations. A la chute de l'excroissance, il

(1) Bulletin de thérapeutique, 1854.

reste une plaie simple qui ne tarde pas à se cicatriser.

Lorsque l'application est faite sur une petite surface, la douleur est peu marquée et très-supportable; dans le cas contraire, elle est excessivement vive, s'accompagne de gonflement de la partie, et maintes fois de symptômes généraux, fièvre, chaleur à la peau, dans certains cas, de salivation, etc. Ces symptômes se dissipent au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il est, du reste, facile d'éviter ces accidents, il suffit de ne cautériser que quelques excroissances chaque fois. Le traitement est plus long, mais aussi beaucoup moins douloureux.

L'acide chromique, employé d'abord par M. Marchal, est un excellent topique. A l'hôpital de Lourcine, nous y avons eu recours dans plus de cinquante cas, et toujours avec succès. On se sert d'une solution un peu concentrée, en se rappelant que ce caustique présente certains inconvénients. Ainsi, si on l'applique à l'aide de pinceaux faits avec la charpie ou le coton, ceux-ci prennent feu au bout de peu de temps, et on est exposé à brûler les malades si l'on n'est pas prévenu. Si les végétations sont volumineuses, et que l'on soit obligé de leur faire absorber une grande quantité de la solution pour les flétrir, on amène des accidents d'empoisonnement : vomissements incoercibles, selles involontaires, fièvre, état d'agitation, etc. L'un de nous a vu un cas où l'application faite sur des masses végétantes énormes de la vulve, jusqu'à imbibition complète, fut suivie de la mort de la malade, et nous avons de fortes raisons de croire que ce fait n'est pas

le seul qui ait été constaté dans les hôpitaux de Paris.

Appliqué sur de petites végétations, l'acide chromique ne présente plus les mêmes dangers, mais nous croyons qu'il est prudent de le réserver pour ces cas seulement. Et encore, faut-il mieux avoir recours au nitrate acide, qui est moins douloureux.

Lorsque les végétations sont volumineuses, lorsqu'elles sont bien pédiculées, on doit préférer aux caustiques l'emploi de l'instrument tranchant. La ligature est aujourd'hui tombée complétement dans l'oubli.

Si les végétations sont petites, bien détachées des tissus sous-jacents, le meilleur instrument pour les enlever, ce sont les ciseaux courbes sur le plat. Si elles sont d'un volume plus considérable, on se sert du bistouri.

Les végétations forment assez souvent des tumeurs de la grosseur d'un poing, et même parfois d'une tête de fœtus. Dans ces circonstances, on a à redouter l'hémorrhagie qui peut être très-considérable ; on a de grandes chances de l'éviter en employant l'écraseur linéaire, qui est l'instrument le plus facile et le plus commode à manier. Après l'opération, si on craignait une perte de sang, on pourrait placer à la surface de la plaie un petit tampon de charpie humectée de chlorure de zinc liquide.

Toutes les fois que l'on a recours à l'instrument tranchant pour détruire les végétations, il faut avoir soin de bien enlever le pédicule, et même il est bon d'exciser en même temps un lambeau des tissus environnants, si on ne veut pas les voir repulluler.

Le pansement consiste dans l'application de compresses d'eau froide, fréquemment renouvelées le premier jour, de cérat ensuite jusqu'à la cicatrisation de la plaie.

Il existe une variété de végétations sur lesquelles les liquides coulent sans les pénétrer. Elles sont dures, sèches, ordinairement petites, se rapprochant beaucoup des verrues. La seule thérapeutique à leur opposer est l'emploi des ciseaux.

Lorsque les végétations se montrent pendant la grossesse, on attend pour les traiter que l'accouchement ait eu lieu; alors elles se flétrissent parfois spontanément, et, dans tous les cas, on en a plus facilement raison. En cherchant à les détruire pendant le temps de la gestation, outre qu'on arriverait difficilement au résultat désiré, on serait exposé à les voir reparaître au bout de quelque temps.



PROPHYLAXIE

DES

MALADIES SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

La prophylaxie des maladies vénériennes comprend l'étude des différents moyens qu'on peut mettre en usage pour s'opposer à la propagation de ces maladies dans le public et pour garantir chaque individu isolément de la contagion. Nous sommes donc amenés naturellement à diviser ce sujet en deux chapitres distincts qui seront consacrés, le premier, à la prophylaxie publique ou générale, le second, à la prophylaxie privée.

I

PROPHYLAXIE GENÉRALE

Il y a six ans déjà, dans un livre qui eut un retentissement mérité, M. Diday écrivait : « Si depuis longtemps ce mal honteux résiste aux mesures en vigueur malgré leur rigoureuse exécution, c'est fort probablement que ces mesures sont insuffisantes; voilà vingt ans que l'expérience le crie à la raison (1) ! »

(1) Nouvelles doctrines sur la syphilis, p. 552. Paris, 1858.

La voix de M. Diday, quelque autorisé qu'il soit pour parler en pareille matière, n'a pas été écoutée. Les mesures qu'il blâmait sont-elles donc au-dessus de toute critique? On va en juger. Nous allons examiner surtout ce qui se fait à Paris, et il ne nous sera pas difficile de prouver que les différentes institutions de salubrité qui y sont établies et que la plupart des villes ont prises pour modèles sont loin de réaliser un idéal de perfection.

Paris comptait, en 1854 (1), 4,188 filles inscrites; ce nombre peut être évalué aujourd'hui à 5,000. Sur ces 5,000 prostituées inscrites, 1800 environ peuplent les maisons publiques, et plus de 3,000, désignées sous le nom de *filles en carte*, exercent la prostitution dans les différents quartiers sous la surveillance administrative.

Les prostituées des maisons publiques sont visitées une fois par semaine, et les filles en carte deux fois par mois seulement. Une seule visite sur deux est faite avec le spéculum. Les médecins chargés des visites sont au nombre de douze, et composent le dispensaire de salubrité publique institué le 23 frimaire an XI, et reconstitué sur de nouvelles bases, en 1828, par M. Debelleyme, alors préfet de police.

Les visites se font, pour les filles des maisons de la ville, dans la maison de prostitution même, ce qui, par parenthèse, nous semble peu convenable pour la dignité

(1) Parent-Duchâtelet, De la Prostitution dans la ville de Paris, 3e édition par MM. Trébuchet et Poirat-Duval, t. I, p. 36. Paris, 1857.

médicale, et n'a pas, que nous sachions, le moindre avantage. Quant aux filles de maison des barrières et de la banlieue et aux filles en carte, elles viennent au dispensaire. Occupons-nous surtout de ces dernières : chacune d'elles reçoit, au commencement de l'année, une carte nominative divisée en plusieurs cases qui correspondent au nombre des visites de quinzaine qu'elle doit subir; chaque fois qu'elle vient d'être inspectée, on pose sur une des cases le timbre du dispensaire, avec la date de l'inspection. On ne désigne pas aux différentes filles un jour précis où elles doivent venir au dispensaire, il leur est enjoint seulement de subir deux visites par mois; elles peuvent ainsi se présenter le 1er et le 30, elles auront satisfait au règlement et elles auront pu passer trente jours sans visites. Il serait plus rationnel, selon nous, de leur fixer le jour exact, de façon qu'elles ne puissent passer plus de quinze jours sans être inspectées.

Pour subir la visite, la fille est placée sur un lit-fauteuil (1), parfaitement disposé du reste, et qui permet au médecin, après avoir examiné les parties génitales externes, de pousser plus loin ses investigations et de s'assurer si les régions inguinale et anale sont saines. A moins que l'altération du timbre de la voix ou que quelque lésion apparente des lèvres ne vienne donner l'éveil, il est rare que la cavité buccale soit examinée.

Ce système est-il parfait? Nous ne le croyons pas

(1) On trouvera un dessin de cet appareil dans le *Mémoire sur la prostitution publique*, par M. Jeannel, p. 61. Paris, 1862.

pour deux raisons principales : 1° les visites ne sont pas assez fréquentes, 2° elles ne sont pas complètes.

1° *Les visites ne sont pas assez fréquentes.* Il est évident qu'une seule visite sérieuse par mois (car nous regardons comme illusoire la visite faite sans l'emploi du spéculum) ne peut avoir une bien grande importance. Un accident vénérien ou syphilitique résultant soit d'une contagion antérieure, soit d'une diathèse acquise, peut apparaître le lendemain de l'examen médical, et la femme qui en est atteinte devient un foyer d'infection pendant quinze jours ou même pendant un mois entier si la lésion est située dans le vagin. Quelle garantie peut offrir un contrôle si rarement exercé? Cette garantie est bien insignifiante, cela est triste à dire, si insignifiante même, que *la syphilis dérive surtout des femmes surveillées,* ainsi qu'a pu l'établir M. Fournier (1) en remontant à la source de la contagion dans 367 cas de syphilis qu'il a pu observer soit à l'hôpital du Midi, soit dans sa clientèle privée. Sur 367 malades, 234 avaient contracté leur chancre infectant dans des rapports avec des filles inscrites. M. Puche, sur 510 cas de syphilis, en a trouvé 374 provenant de prostituées (2). M. Diday, 17 sur 42 cas (3).

On sait aussi que c'est dans les maisons publiques ou bien avec les prostituées en chambre des barrières que les soldats contractent le plus souvent la vérole ou

(1) Loc. cit. (thèse), p. 115.

(2) Idem, p. 116.

(3) Nouvelles doctrines sur la syphilis, p. 548.

des affections vénériennes. M. Potton écrit que « 5 fois sur 6 au moins, c'est dans leurs rapports avec les prostituées que les militaires puisent le principe syphilitique (1). »

2° *Les visites ne sont pas complètes.* En effet, comme nous l'avons dit plus haut, l'examen médical se borne, dans la plupart des cas, aux organes génitaux, et ce n'est qu'exceptionnellement que d'autres parties du corps sont visitées. M. le professeur Sigmund, de Vienne, qui assistait un jour, avec l'un de nous, à la visite du dispensaire de Paris, fut frappé de l'insuffisance de cette investigation, et il nous disait qu'en Autriche une fille ne quitte le cabinet du médecin de la salubrité qu'après avoir été examinée complétement de pied en cap, si nous pouvons nous servir de cette expression.

Ce n'est certes pas sur les médecins du dispensaire, si bien dirigé par M. le Dr Denis, qu'il faut en rejeter la faute. Ces médecins, choisis parmi les plus honorables de la capitale, apportent un très-grand zèle et une très-grande intelligence à l'accomplissement des devoirs administratifs qui leur sont confiés; ils exécutent le règlement à la lettre, et c'est sur ce règlement seul que doivent porter toutes les critiques.

Par un calcul bien simple, on arrivera à trouver que, sans compter l'examen des femmes dites du dépôt, c'est-à-dire des femmes arrêtées sur la voie publique, sans compter non plus l'examen des femmes renvoyées

(1) Voir Parent-Duchâtelet, 3e éd., t. II, p. 436.

de Saint-Lazare, chacun des 12 médecins du dispensaire a une moyenne de près de 50 femmes à visiter chaque jour (1). Dans ces conditions, un examen plus complet est absolument impossible; aussi, comme première conséquence de ce que nous venons de dire, concluerons-nous à l'augmentation du personnel du dispensaire.

Nous ne sommes pas les premiers qui émettions ce vœu. La plupart des auteurs qui ont traité cette question, si vitale pour la société tout entière, ont conclu de même; ils ont tous échoué jusqu'à ce jour contre la puissance invincible de la coutume établie, que rien ne peut faire sortir des vieux errements.

Pour remédier aux vices de l'état de choses en vigueur, nous indiquerons un certain nombre de mesures basées sur une étude sérieuse des faits et qui, croyons-nous, auraient pour résultat infaillible la diminution graduelle du nombre des transmissions des maladies vénériennes.

Un grand nombre de syphiliographes ont proposé des améliorations aux règlements actuels. Parent-Duchâtelet, Ricord, Vleminckx, Ratier, Venot, Auzias-Turenne, Sperino, Melchior Robert, Langlebert, Lagneau fils, Bertherand, Jeannel, Fournier; chacun de ces noms, pour nous servir d'une expression de M. Diday, rappelle un service ou un effort. Nous emprunte-

(1) Le nombre des visites pour les prostituées (filles en maison et filles en carte) était, pour 1854, de 155,807 ; nous croyons pouvoir le porter à 180,000 pour 1863, et nous sommes certainement en dessous du chiffre vrai.

rons quelques-unes des idées qu'ils ont émises, et nous y joindrons le résultat de nos observations personnelles.

A. Nous avons dit d'abord que les visites ne sont pas assez fréquentes; rien de plus facile que de parer à cet inconvénient en augmentant le personnel du dispensaire.

Selon nous, la visite des femmes en maison devrait avoir lieu deux fois par semaine et, chaque fois, d'une manière complète. Pour les filles en carte, elles seraient soumises à une inspection hebdomadaire. Dans chaque arrondissement, deux ou trois médecins délégués par l'administration seraient chargés des visites, qui auraient lieu à jour fixe dans un local spécial, et auxquelles aucune fille ne pourrait manquer sans s'exposer à une punition sévère. En définitive, « plus on cernera, dit M. Trébuchet (1), la syphilis chez les filles publiques, où il est permis de la poursuivre à outrance, plus elle diminuera, par contre-coup, dans les autres classes de personnes qu'elle a coutume d'affecter. »

Il est une mesure qui deviendrait le corollaire indispensable de la multiplication des visites, c'est l'extension de la surveillance administrative à un plus grand nombre de femmes; c'est, en un mot, la mise en carte de celles qui exercent la prostitution qui n'a de clandestine que le nom. Les bals publics et les boulevards les plus élégants sont encombrés de ces filles aux toilettes tapageuses, aux regards effrontés, qui se livrent

(1) Annales d'hygiène publique, t. XVI, p. 284. Paris, 1836.

chaque soir au premier venu, et qui, cela paraît incroyable, ne sont pas pour la plupart inscrites à la Préfecture de police.

Pourquoi ces filles ne sont-elles pas en carte ? Est-ce qu'elles ne réunissent pas toutes les conditions qui font la prostituée et qui sont résumées dans un message du Directoire au conseil des Cinq-Cents, daté du 17 nivôse an IV ? Les circonstances qui, aux yeux des directeurs, devaient constituer la fille publique, étaient les suivantes (1) : *récidive, ou concours de plusieurs faits particuliers légalement constatés ; notoriété publique ; arrestation en flagrant délit prouvé par des témoins autres que le dénonciateur ou l'agent de police.* Est-il rien de plus facile que de mettre dans ces conditions la catégorie de filles dont nous venons de parler ? N'ont-elles pas, pour nous servir des termes du même message, *des habitudes scandaleuses hardiment et constamment publiques ?*

Il ne suffit donc pas, si on veut obtenir un résultat sérieux, d'augmenter le nombre des visites pour les prostituées inscrites ; il faut encore étendre l'inscription aux prostituées clandestines, et déployer à cet égard une inexorable sévérité. Cette mesure, dont les avantages, au point de vue sanitaire, ne sont pas discutables, aurait aussi peut-être un excellent effet moral. En rendant la vie de débauche moins facile et moins libre, elle en éloignerait un certain nombre de jeunes filles qui aimeraient mieux demander au travail les moyens d'une existence plus avouable.

(1) Voir Parent-Duchâtelet, t. I, p. 25.

Pour nous résumer en quelques mots sur ce premier point, nous voudrions :

1° Que dans chaque arrondissement, il y eût deux ou trois médecins de la salubrité chargés de visiter, dans un local spécial, les femmes en maison deux fois, et les femmes en carte une fois par semaine ;

2° Que l'on soumît à l'inscription toutes les prostituées clandestines que l'on pourrait atteindre.

B. Pour le second point, afin de rendre les visites plus complètes, nous demanderions que chaque fille venant au local désigné pour subir sa visite, reçût des mains d'un employé une carte sur laquelle son nom serait inscrit, et qui aurait à peu près la disposition suivante :

Visite du. . . . . Nom de la Fille. . . .	OBSERVATIONS médicales.
Organes génitaux externes	
Organes génitaux internes.	
Urèthre.	
Anus..	
Cavité buccale et narines.	
Tégument externe..	
La Fille. . . . . devra se représenter le.	

Le médecin, après avoir examiné la fille, devrait, dans la dernière colonne, écrire en face de chacune des

six divisions, *sain* ou bien *malade*. En cas de maladie, la fille serait dirigée sur Saint-Lazare, comme cela a lieu aujourd'hui (1). Dans le cas au contraire où elle aurait été trouvée saine, elle devrait conserver cette carte jusqu'à la visite suivante où on la lui échangerait contre une nouvelle, et être toujours prête à la montrer à toute réquisition d'un agent de l'autorité.

Une excellente idée émise par M. Diday (2), c'est que les prostituées avant d'être visitées devraient être séquestrées durant quelques heures, « de cette manière, dit M. Lagneau fils (2), ces femmes ne pourraient plus dissimuler, par des lotions et injections faites immédiatement avant la visite, des écoulements vaginaux chroniques qui parfois ne s'accompagnent d'aucune lésion anatomique perceptible. »Nous partageons entièrement l'opinion de MM. Diday et Lagneau.

La création de médecins-inspecteurs chargés du contrôle du service médical de la salubrité nous paraîtrait aussi une excellente mesure. Sans leur accorder, comme le veut M. Diday, le droit de haute justice, et sans leur donner le pouvoir de destituer leurs confrères, sans appel possible de la part de ces derniers, nous voudrions qu'ils fussent chargés d'un rapport mensuel sur le fonctionnement général du système de visites, et sur la manière dont il est mis à exécution. Il n'y a rien en

(1) Il va sans dire que nous rejetons absolument le traitement à domicile pour les prostituées.

(2) Loc. cit., p. 516.

(3) De la Prostitution considérée sous le rapport de l'hygiène publique, p. 10. Paris, 1858.

cela qui puisse blesser la susceptibilité des médecins dont ils seraient chargés de surveiller le service. N'y a-t-il pas des inspecteurs de la vérification des décès? Les médecins de Saint-Lazare ne sont-ils pas soumis au contrôle de ceux du dispensaire? et ces derniers n'ont-t-ils pas un médecin en chef dont les attributions sont plus étendues encore que ne le seraient celles des inspecteurs dont nous demandons la création?

On a appliqué ce système des contre-visites à Turin (1), à Bruxelles (2) et à La Haye (3), il a donné partout d'excellents résultats. Avouons-le donc avec M. Melchior Robert (4), « à notre grande honte, ce n'est point en France, terre classique des administrateurs dévoués et intelligents, qu'existe la meilleure législation en matière de police des dispensaires. Turin, Bruxelles et La Haye, ont, sous ce rapport, le pas sur Paris. »

Ces diverses mesures devraient être complétées par la mise en surveillance des filles atteintes de syphilis et déjà traitées à Saint-Lazare. Ces filles, chez lesquelles peuvent reparaître d'un instant à l'autre des accidents contagieux, seraient soumises à des visites semi-quotidiennes, ou même quotidiennes si les médecins des dispensaires d'arrondissement le jugeaient nécessaire (5).

(1) Voir Parent-Duchâtelet, t. II, p. 884.
(2) Idem, p. 723.
(3) Idem, p. 833.
(4) Loc. cit., p. 759.
(5) La contagion de la syphilis par le sang étant bien démontrée aujourd'hui, on devrait aussi, malgré les difficultés pratiques que l'exé-

Pour terminer nos conclusions et résumer notre second point, nous demandons donc :

3° Que les cartes délivrées aux prostituées, cartes qui leur serviraient de laisser-passer dans l'intervalle des visites, portent l'indication des différentes régions de l'économie, de façon que le médecin fasse chaque fois une visite complète ;

4° Que les filles soient séquestrées pendant quelques heures avant la visite ;

5° Que des inspecteurs soient chargés de contrôler et d'assurer, par cela même, le service des médecins auxquels seraient confiées les visites;

6° Que les filles atteintes de syphilis à l'état latent soient l'objet d'une surveillance médicale particulière.

Nous croyons que les réformes que nous proposons répondent à tous les desiderata de l'organisation actuelle ; elles ont en outre l'avantage d'être très-facilement applicables. Depuis Rétif de la Bretonne, d'excentrique mémoire, qui demandait en 1770 (1) qu'il fût créé des charges de visiteuses attitrées pour examiner chaque matin les prostituées, il n'est pas de projet plus ou moins rationnel qui n'ait été mis en avant. — Obligation pour les maîtresses des maisons publiques de prouver qu'elles savent reconnaître les maladies véné-

cution de cette mesure présenterait, empêcher toute prostituée atteinte de syphilis à l'état latent, sans manifestations extérieures, d'avoir des rapports sexuels au moment de ses règles.

(1) Le Pornographe, ou idées d'un honnête homme sur un projet de règlement pour les prostituées, propre à prévenir les malheurs qu'occasionne le publicisme des femmes ; in-8°. Londres, 1770.

riennes (1). — Les rendre responsables de la santé de leurs filles, et les condamner en vertu de l'article 450 du Code pénal, lorsqu'il serait établi qu'un homme a contracté une affection syphilitique ou vénérienne dans leur maison (2). — Obligation aux hommes qui entrent dans une maison publique de se soumettre à une visite de la matrone (3). — Pénalité à infliger aux filles publiques lorsqu'elles n'auraient pas déclaré qu'elles sont malades (4).

Toutes ces mesures auraient le grave inconvénient d'être forcément insuffisantes, puisqu'elles ne porteraient que sur les prostituées des maisons publiques ; mais elles seraient, avant tout, inexécutables.

Le système dont nous demandons l'application ne réclame qu'une augmentation du budget consacré à la salubrité, et qu'un redoublement de vigilance de la part des agents administratifs. Il aurait pour résultat certain non pas l'extinction totale de la vérole (bonheur réservé peut-être à un avenir très-lointain), mais la diminution graduelle de cette terrible maladie, une des plaies de notre époque. Ce résultat est assez important au point de vue social pour que les administrateurs s'en préoccupent sérieusement et pour qu'ils cherchent à corriger les imperfections de l'organisation essentiellement vicieuse et incomplète qui fonctionne aujourd'hui. Qu'ils songent que la syphilis, des bas-

(1) Lagneau fils, loc. cit., p. 11.
(2) Idem.
(3) Diday, loc. cit., p. 525.
(4) Parent-Duchâtelet, loc. cit., t. II, p. 341 et 347.

fonds de la société où l'on peut encore l'atteindre, pénètre jusqu'aux classes les plus élevées, qu'elle empoisonne non-seulement les gens qui s'exposent à la contracter, mais qu'elle peut infecter l'épouse la plus vertueuse et flétrir dès le berceau l'enfant qu'elle voue à une mort presque certaine!

Nous osons espérer que notre voix sera entendue, que nos administrateurs comprendront tout le bien qu'ils peuvent faire, et qu'ils ne tarderont pas davantage à prendre les mesures les plus propres à limiter la propagation des maladies syphilitiques et vénériennes.

II

PROPHYLAXIE PRIVÉE

Le sujet que nous allons traiter est parfois délicat et scabreux, mais son importance ne nous permet de négliger aucun détail. Le temps n'est plus, heureusement, où l'examen de ces questions était entaché de défaveur et où Parent-Duchâtelet, se demandant si l'administration devait favoriser l'emploi des moyens préservateurs de la syphilis, concluait par la négative (1). Malgré cette autorité, le bon sens a fait justice de sots préjugés ; les hommes les plus justement considérés parmi ceux qui s'occupent de syphiliographie ont abordé cette étude, et, s'ils n'ont pas encore trouvé un préservatif

(1) Loc. cit., t. II, p. 341.

assuré (ce qu'ils ne trouveront jamais sans doute), ils ont du moins formulé certaines règles hygiéniques qui, bien observées, peuvent, dans un grand nombre de cas, conjurer le danger de la contagion.

Parlons d'abord des divers liquides destinés à neutraliser le virus.

En 1772, Guilbert de Préval, docteur-régent et professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, annonça qu'il avait découvert un spécifique contre la contagion vénérienne, spécifique auquel il avait donné le nom d'*eau phagédénique admirable.* Sa découverte eut de suite un succès prodigieux ; Guilbert de Préval demanda au Parlement la permission de faire des expériences pour prouver l'efficacité de son procédé ; cette permission lui fut refusée, et il eut le tort de faire clandestinement des essais en présence de quelques débauchés de la cour. La Faculté, instruite de ces faits, l'expulsa de son sein et le raya de la liste de ses membres. Jusque-là elle était dans son droit ; mais où elle outrepassa les bornes d'une sage raison, ce fut dans les considérants de l'arrêt qui frappait Guilbert de Préval. On lui reprochait *d'avoir, par sa découverte, ouvert la porte au libertinage ;* on repoussait *au nom de la morale une invention dont l'unique objet serait d'ajouter à l'attrait naturel du vice, celui de l'impunité ; nous savons*, ajoutaient les rédacteurs de l'arrêt, *ou au moins nous croyons qu'un préservatif pour la maladie dont il est question produirait un déréglement dont souffriraient la population et le bon ordre social, nous pourrions ajouter la pureté des mœurs.*

Cette étrange profession de foi de la Faculté n'empêcha point un de ses membres les plus honorés, Peyrilhe, de proposer, deux années plus tard, en 1774, l'ammoniaque étendu d'eau comme moyen prophylactique ; l'illustre Hunter préconisa, dans le même but, l'eau de chaux et le sublimé en solution, à la dose de 2 grains pour 8 onces d'eau. En 1812, Luna Caldéron fit expérimenter, à l'hôpital des Vénériens de Paris, un préservatif dont on reconnut l'efficacité, mais dont il ne révéla pas le secret.

Depuis on a successivement vanté l'eau chlorurée, le vinaigre, les alcooliques. En 1851, M. Langlebert adressa au président de l'Académie de Médecine une lettre dans laquelle il dit avoir neutralisé les effets du virus implanté dans les tissus au moyen d'un liquide dont voici la formule (1):

Alcool ordinaire.	30	grammes.
Savon mou de potasse avec excès de base.	20	—
Essence de citron rectifiée.	15	—

M. Langlebert donna à l'appui de son assertion des preuves expérimentales concluantes.

En 1855, M. Rodet fit connaître la composition d'une solution qui, mise en contact pendant quinze à vingt minutes avec la piqûre d'inoculation d'un chancre, empêchait le développement ultérieur de cet accident. Ce liquide moins irritant que celui de M. Langlebert est aussi actif. Il est composé ainsi qu'il suit (2) :

(1) Du Chancre, loc. cit., p. 98.

(2) Compte rendu du service chirurgical de l'Antiquaille, p. 74. Lyon, 1855.

Eau distillée.		32 grammes.
Perchlorure de fer.	}	
Acide citrique.	}	āā 4 —
Acide chlorhydrique	}	

Dans une excellente thèse que nous avons citée déjà à plusieurs reprises M. Chaballier dit que chacune des substances qui entrent dans le liquide de M. Rodet réussit isolément. « Presque tous les acides, ajoute-t-il (1), empêchent le développement du chancre; nous avons fait de nombreuses expériences soit avec le protosulfate de fer, l'acide citrique, l'essence de citron ou le vinaigre de Bully, et nous sommes arrivés à des résultats complets, surtout avec ces deux dernières substances. Inoculant bien des fois des chancroïdes, nous avons pu en empêcher l'apparition, même au bout de vingt-quatre heures d'inoculation, en appliquant sur la piqûre faite à la lancette une de ces quatre substances; aucune ulcération ne survenait et la plaie restait intacte, tandis qu'un véritable chancre simple apparaissait au bout de trente-six heures sur une inoculation voisine, qu'on avait laissé marcher. »

En examinant la valeur de ces divers liquides prophylactiques, on est forcé de convenir, à l'exemple de M. Diday, qu'ils peuvent le plus, sans pouvoir le moins, puisqu'une condition indispensable de leur action, c'est qu'ils restent en contact pendant un certain temps avec les organes, et cette condition est difficile à remplir au moment où l'on vient de se livrer à un rapprochement

(1) Loc. cit., p. 65.

suspect. Mais nous croyons comme M. Jeannel (1) qu'on obtiendrait d'excellents résultats si on forçait chaque maison publique ou chaque fille soumise d'avoir, dans un endroit apparent, un flacon toujours rempli d'un de ces liquides, et destiné aux ablutions. M. Jeannel qui dirige le service médical du dispensaire de Bordeaux, y a fait adopter cette mesure par l'autorité locale, elle a produit les meilleurs effets. Le liquide dont il recommande l'emploi est d'un prix de revient presque insignifiant puisqu'il ne coûte que 0 fr. 032 le litre; il se compose de :

Alun cristallisé.	1500	grammes.
Sulfate de protoxyde de fer. . .	100	—
Sulfate de cuivre.	100	—
Alcoolé aromatique composé. .	60	—
Eau commune.	100	litres.

L'alcoolé aromatique est un mélange de :

Alcool à 85°.	800	grammes.
Essence de citron.	30	—
— de menthe.	25	—
— de lavande.	25	—
— de néroli.	20	—
— d'amande amère. . . .	10	—
— de cannelle.	10	—

A Bruxelles, le liquide dont l'administration a imposé l'emploi se compose de :

Lessive des savonniers.	1	partie.
Eau.	20	—

(1) Loc. cit., p. 170.

Il a l'inconvénient très-grave de s'altérer en absorbant l'acide carbonique.

En tout cas, que l'on se serve ou non d'une préparation spéciale, on doit toujours, après des rapports suspects, procéder à un lavage complet des organes; aucun repli de la muqueuse ne doit échapper à cette ablution. Il sera aussi fort utile alors d'expulser une certaine quantité d'urine, en ayant soin de presser et de lâcher alternativement le méat, afin de balayer, autant que possible, la muqueuse uréthrale (1); nous ne saurions aussi trop recommander de faire, à ce même moment, une injection avec un des liquides préservatifs, ou à son défaut, avec de l'eau pure.

Si les organes ont été soigneusement examinés avant le coït, s'ils ne présentent aucune excoriation (2); si on a eu la précaution de les enduire d'un corps gras, et si enfin après l'acte, on accomplit avec soin le lavage externe et interne, on a les plus grandes chances d'échapper à la contagion.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les excès génésiques, le coït pratiqué en état d'ivresse, les retards

(1) L'école de Salerne avait formulé ce précepte dans les deux vers suivants :

Post coitum si mingas
Apte servabis urethras.

(2) Voir l'Introduction, p. 71. — A ce propos, on a remarqué que la circoncision, en découvrant le gland, donnait plus de solidité à la muqueuse balano-préputiale, que celle-ci ne présentait par conséquent presque jamais d'érosion pouvant servir de porte d'entrée au pus virulent, et que par cela même les gens circoncis étaient moins exposés que les autres.

volontaires apportés à sa consommation complète, sont autant de causes qui favorisent au contraire cette contagion, et qui doivent être soigneusement évitées.

Le préservatif usuel auquel l'Anglais Condom a laissé son nom, et que M. Diday voudrait voir distribuer gratis dans chaque maison publique, a été souvent accusé d'insuffisance. Le second membre d'une phrase souvent répétée dit que c'est une toile d'araignée contre le danger; il y a là une exagération évidente.

S'il ne présente aucune solution de continuité (ce dont il est toujours facile de s'assurer par l'épreuve de l'air ou de l'eau), le condom protége efficacement les organes génitaux, et surtout le gland et l'urèthre, siéges les plus fréquents des accidents vénériens ou syphilitiques.

La démonstration du pouvoir contagieux des accidents secondaires doit faire redouter la contagion des différents accidents buccaux. Nous avons vu, dans la première partie de ce traité, que ces lésions étaient nombreuses, et que les chancres infectants céphaliques auxquels elles donnaient lieu n'étaient pas rares. Nous ne voulons pour preuve de la facilité de cette transmission que les faits observés chez les ouvriers verriers de Rive-de-Gier (1).

(1) Voir p. 59 et 123. — M. Viennois vient de lire au congrès médical de Rouen (octobre 1863) un excellent mémoire sur ce sujet. Il a proposé, pour éviter cette contagion, de donner à chaque ouvrier un embout, modification ingénieuse de celui de M. Chassagny, et qui a sur ce dernier l'avantage de ne pas nuire à la rapidité de la fabrication.

On doit donc, dans un rapprochement avec une femme suspecte, éviter avec soin tout rapport *ab ore*, et proscrire surtout les manœuvres de ces filles, qui, selon une expression déjà citée de M. Tardieu, *labia et oscula obscenis blanditiis præbent*.

La contagion par le sang, aujourd'hui prouvée expérimentalement, doit faire éviter tous rapports sexuels avec une femme ayant ses règles, car si elle est atteinte de syphilis à la période secondaire, elle peut, même sans présenter aucun accident, communiquer la maladie au virus de laquelle le sang aura servi de véhicule.

En résumé, la prophylaxie privée ne se compose guère que de mesures hygiéniques, et de précautions en quelque sorte banales; aucune d'elles n'a de valeur absolue; cependant leur réunion peut donner une garantie sérieuse contre les chances de la contagion. Nous avons l'intime conviction que si les mesures administratives générales que nous avons proposées étaient adoptées, et que si, d'autre part, chaque individu suivait isolément les conseils que nous venons de donner, le nombre des cas de syphilis, et des diverses maladies vénériennes diminuerait bientôt dans une très-notable proportion. Mais, notons-le bien, la prophylaxie privée ne peut être que l'auxiliaire de la prophylaxie générale; aussi est-ce sur cette dernière que nous insistons surtout, et que nous appelons l'attention de tous ceux qu'intéressent la santé et l'hygiène publiques.

FORMULAIRE

CHAPITRE PREMIER

SYPHILIS

§ Ier. — Médication interne.

A. — **Mercure.**

Le mercure se donne surtout contre les accidents précoces : chancre, affections de la peau, des muqueuses, etc.

I. — MERCURE MÉTALLIQUE.

Rarement employé de nos jours.

1° *Pilules de Belloste.*

Mercure	24
Poudre d'aloès	24
— de rhubarbe	12
— de scammonée	8
— de poivre noir	4
Miel	Q. s.

Faire des pilules de 0,20 centigr. ; 1 à 4 par jour.

2° *Pilules bleues.*

Mercure	} ãã 3 grammes.
Conserve de roses	
Poudre de réglisse	1 —

Faire des pilules de 0,15 centigr. ; 1 à 3 par jour.

3° *Pilules de Sédillot.*

Onguent napolitain............	0,10 centigr.
Savon médicinal	0,05 —
Poudre de guimauve............	0,05 —

Pour 1 pilule ; 1 à 3 par jour.

4° *Mercure gommeux de Plenck.*

Mercure..............................	1
Gomme arabique......................	3
Sirop diacode.........................	4

On en prescrit 0,50 centigr. à 2 grammes, le matin, dans une tasse de lait.

II. — SELS MERCURIELS.

1° *Protochlorure de mercure*

(calomel, mercure doux, panacée mercurielle, précipité blanc).

Le calomel est rarement utilisé dans le traitement de la syphilis, il provoque trop facilement la salivation. On y a recours seulement dans les cas où il faut agir vite, comme dans l'iritis ; mais alors il est employé comme altérant.

Calomel....................	0,10 à 0,20 centigr.
Sucre en poudre...........	5 grammes.

Faire 20 paquets à prendre dans la journée.

2° *Bichlorure de mercure*

(sublimé corrosif).

Ce composé mercuriel est un des plus usités, on le donne en pilules et en solutions.

Liqueur de Van Swieten.

Bichlorure de mercure........	1 grammme.
Alcool rectifié..............	100 —
Eau distillée................	900 —

Dissolvez le bichlorure dans l'alcool, ajoutez l'eau distillée. 1 cuillerée à bouche matin et soir dans un verre d'eau sucrée, de gruau ou de lait.

Liqueur de Van Swieten modifiée (Mialhe).

Bichlorure de mercure.........	0,40 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque....	1 gramme.
Chlorure de sodium............	1 —
Eau distillée..................	500 —

Dissolvez les sels dans l'eau ; 1 à 2 cuillerées à bouche, matin et soir, dans du lait ou de l'eau sucrée.

Pilules de Dupuytren.

Bichlorure de mercure...........	0,20 centigr.
Extrait gommeux d'opium.......	0,25 —
— de gaïac................	3 grammes.

Faire 20 pilules ; 1 à 4 par jour.

Pilules de sublimé au gluten.

Sublimé........................	0,20 centigr.
Gluten..........................	5 grammes.

Faire 40 pilules ; 1 à 3 par jour.

Pilules de sublimé et d'aconit.

Sublimé........................	0,10 centigr.
Extrait alcoolique d'aconit.......	1 gramme.
Poudre de guimauve.............	0,40 centigr.

Faire 20 pilules ; 1 à 3 par jour.

La plupart des sirops préconisés contre la syphilis sont à base de sublimé, ainsi les sirops de Bellet, de Larrey, de Portal, de Cuisinier additionné, etc.

3° *Proto-iodure de mercure.*

Le proto-iodure est employé, au moins aussi souvent que le sublimé, dans le traitement des affections syphilitiques précoces ; on le donne presque toujours sous la forme pilulaire.

Pilules de proto-iodure.

Proto-iodure.....................	1 gramme.
Thridace	2 —

Faire 20 pilules ; 1 ou 2 par jour.

Pilules de Biett au gaïac.

Proto-iodure de mercure..........	2	grammes.
Extrait de gaïac.................	4	—
Thridace.........................	3	—
Sirop ou poudre de salsepareille....	Q.	s.

Faire 72 pilules ; 1 à 3 par jour.

Il est mauvais en général de faire préparer une aussi grande quantité de pilules à la fois; elles s'altèrent, ou au moins se durcissent, et traversent alors le tube digestif sans produire l'effet désiré.

4° *Bi-iodure de mercure.*

Le deuto-iodure est, après le sublimé et le proto-iodure, le composé mercuriel auquel on a le plus souvent recours dans la syphilis. On l'associe ordinairement à l'iodure de potassium.

Sirop de deuto-iodure ioduré (Gibert).

Bi-iodure de mercure.............	1	gramme.
Iodure de potassium..............	50	—
Eau..............................	50	—

Dissolvez et filtrez au papier; puis ajoutez :

Sirop de sucre blanc marquant 30 degrés à froid..............	2,400	grammes.

Une cuillerée à soupe de ce sirop représente 1 centigramme de bi-iodure et 0,50 centigrammes d'iodure de potassium. On peut le prendre pur ou mélangé à une tisane quelconque. Ce sirop est en général bien supporté, même par les femmes et les enfants.

Solution de deuto-iodure de M. Lagneau.

Deuto ou proto-iodure de mercure.	1	gramme.
Alcool à 36°.....................	45	—

10 à 20 gouttes par jour dans de l'eau sucrée.

Sirop de bi-iodure de M. Bazin.

Bi-iodure de mercure............	0,20 centigr.
Iodure de potassium.............	10 grammes.
Sirop de saponaire..............	500 —

2 à 4 cuillerées par jour.

Pilules de deuto-iodure de M. Gibert.

Bi-iodure de mercure............	0,10 centigr.
Iodure de potassium.............	5 grammes.
Gomme arabique pulvérisée.......	0,50 centigr.
Miel............................	Q. s.

Faire 20 pilules ; 1 ou 2 par jour.

5° *Iodhydrargyrate d'iodure de potassium.*

Ce composé a la plus grande analogie avec le précédent ; c'est comme lui un agent sûr et que l'on emploie avec le plus grand succès.

Sirop de M. Puche.

Iodhydrargyrate de potassium.....	1 gramme.
Teinture de safran..............	10 —
Sirop de sucre..................	489 —

Ce sirop contient, pour 25 grammes, 5 centigr. d'iodrydrargyrate d'iodure de potassium ; 1 à 3 cuillerées par jour.

Pilules d'iodhydrargyrate de potassium.

Iodhydrargyrate de potassium.......	1 gramme.
Sucre de lait......................	2 —

Faire 40 pilules ; 1 ou 2 par jour.

6° *Cyanure de mercure.*

Le cyanure de mercure est moins fréquemment employé que les sels précédents.

Solution cyanurée.

Cyanure de mercure............	0,20 centigr.
Eau distillée.................	400 grammes.
Sirop de sucre................	100 —

1 à 2 cuillerées par jour.

Pilules de cyanure de mercure.

Cyanure de mercure	0,20	centigr.
Extrait d'opium	1	gramme.
Thridace	3	—

Faire 40 pilules ; 1 ou 2 par jour.

7° *Autres composés mercuriels.*

Les autres sels : sulfures, azotates, sulfates, acétates de mercure, de même que les oxydes, ne sont guère appliqués qu'à l'extérieur. Quelquefois cependant on a recours au nitrate ammoniaco-mercuriel (mercure soluble de Hahnemann).

Mercure soluble de Hahnemann	1	gramme.
Opium brut	2	—

Faire 40 pilules ; 1 ou 2 par jour.

B. — **Succédanés du mercure.**

La plupart des agents vantés tour à tour pour remplacer le mercure n'ont qu'une action des plus problématiques, comme nous l'avons déjà dit, aussi nous nous contenterons d'en signaler quelques-uns.

Pilules avec le chlorure d'or et de sodium (Chrestien).

Chlorure d'or	5	décigr.
Fécule de pommes de terre	2	—
Gomme arabique	5	grammes.

M. et, avec q. s. d'eau pure, faites 120 pilules ; 1 à 15 par jour.

Sirop sudorifique.

Racine de salsepareille coupée	100	grammes.
Bois de gaïac râpé	50	—
Racine de squine	50	—

Faites digérer pendant 4 heures dans :

Eau chaude	1,000	—

Passez et ajoutez :

Sirop de sucre	500	—

On peut ajouter au sirop les préparations mercurielles et iodurées à doses convenables.

C. — Iodure de potassium.

L'iodure de potassium est employé avec le plus grand succès contre les accidents tardifs de la syphilis. On le prescrit aussi avec avantage contre la céphalée du début et les douleurs rhumatoïdes.

Lorsqu'on oppose ce médicament à des symptômes franchement tardifs, comme les exostoses, les gommes, par exemple, on l'administre seul. Contre la céphalalgie du début, les douleurs rhumatoïdes, les lésions de transition, telles que les syphilides profondes, il est utile de l'associer au mercure.

On le donne presque toujours sous la forme de solution.

Iodure de potassium............	16 grammes.
Eau..........................	200 —

Dissolvez et ajoutez :

Sirop de sucre, salsepareille, saponaire, etc..................	40 —

1 à 4 cuillerées par jour de cette solution, pure ou dans un verre de tisane.

Pilules d'iodure de potassium.

Iodure de potassium............	ãã parties égales.
Extrait de gentiane............	

Faire des pilules de 0,20 centigr. ; 1 à 10 par jour.

On peut encore administrer l'iodure de potassium en pastilles, en bonbons, etc.

On se trouvera bien, dans certains cas, où l'iodure de potassium et les mercuriaux n'auront pas réussi, de l'emploi de l'iodure d'ammonium.

Iodure d'ammonium	15	grammes.
Eau distillée	200	—
Sirop	40	—

1 à 2 cuillerées par jour.

D. — **Adjuvants du mercure et de l'iodure de potassium.**

Le traitement mercuriel a surtout comme adjuvant une hygiène bien entendue et la plupart des corroborants. Si nous plaçons ici les tisanes, c'est que nous croyons quelles n'agissent le plus souvent que par leurs vertus toniques. Quant aux sudorîfiques, ils semblent sous notre climat n'avoir que fort peu d'action.

Tisanes.

Aujourd'hui, on emploie assez indifféremment les tisanes amères; on poura avoir recours à celles de chicorée sauvage, houblon, douce-amère, saponaire, gentiane, quassia amara, daphne mesereum, salsepareille, etc.

Les tisanes de Feltz, de Zittmann, de Pollini, d'Arnoud, de Vigarous, etc., n'ont des vertus véritablement curatives que dans les cas où elles contiennent des substances minérales actives.

Toniques.

Les préparations de fer et de quinquina sont souvent employées avec fruit dans la syphilis, et contre-balancent avantageusement l'action débilitante de la diathèse, voire même des mercuriaux.

Pilules d'iodure de fer.

Proto-iodure de fer	1	gramme.
Extrait de gentiane	2	—

Faire 20 pilules; 1 à 10 par jour, lorsque les malades sont débilités, anémiés, ou sous l'influence de la diathèse scrofuleuse.

Sirop d'iodure de fer (Ricord).

Proto-iodure de fer.............	4 grammes.
Sirop sudorifique................	500 —

2 à 6 cuillerées par jour.

On emploiera de même, suivant les indications, les pilules de Blaud, de Vallet, les diverses préparations ferrugineuses.

Le quinquina rendra de grands services dans certaines circonstances, seul ou associé aux mercuriaux. On donnera le vin, la macération, la teinture, etc.

§ II. — Médication externe.

On se sert à l'extérieur, dans le traitement de la syphilis, non-seulement du mercure, mais encore des composés iodés et de divers autres agents.

A. — **Mercure.**

Le mercure se prescrit à l'extérieur, sous la forme de pommades, de solutions pour pansements, de gargarismes, de fumigations et de bains.

Nous avons déjà donné les règles qui doivent guider dans l'application des frictions, nous n'y reviendrons pas ici.

Le nitrate acide de mercure est souvent employé avec grand succès contre les plaques muqueuses, en particulier celles de la bouche et du gosier.

1° *Pommades.*

On peut recouvrir les ulcérations précoces et tar-

dives avec des bandelettes de Vigo, au lieu de se servir des pommades.

Les pommades s'emploient pour le pansement des chancres, des ulcérations secondaires et tertiaires.

Pommade mercurielle opiacée.

Onguent mercuriel...............	ãã 15 grammes.
Cérat opiacé....................	

M.

Pommade au calomel.

Calomel à la vapeur............	1 gramme.
Axonge ou mieux coldcream.....	20 —

M. Chancre, ulcérations secondaires.

Pommade au précipité blanc.

Précipité blanc.................	0,20 centigr.
Cérat simple ou opiacé..........	20 grammes.

M. Dans les mêmes cas que la précédente.

Pommade au proto-iodure.

Proto-iodure d'hydrargyre.......	1 gramme.
Cérat ou axonge.................	20 —

M. Ulcérations secondaires et tardives.

Pommade au turbith minéral.

Turbith minéral.................	1 gramme.
Cérat...........................	30 —

Pommade au deutoxyde de mercure (Biett).

Deutoxyde de mercure............	2 grammes.
Axonge..........................	30 —
Camphre.........................	0,10 centigr.

M. Syphilide papuleuse en particulier.

2° *Solutions.*

Les solutions sont rarement mises en usage de nos jours; elles peuvent cependant dans certains cas être utilisées avec fruit.

Solution de sublimé.

Sublimé.........................	0,10 centigr.
Eau distillée.....................	250 grammes.
Alcool...........................	8 —

D. Pour lotionner les plaques muqueuses.

Eau phagédénique.

Deutochlorure de mercure........	0,40 centigr.
Eau pure........................	12 grammes.
Eau de chaux....................	125 —

D. Pour lotionner les ulcérations rebelles.

On peut varier à l'infini les formules de ces solutions dont le sublimé forme la base.

3° *Gargarismes et collutoires.*

On a recours aux gargarismes dans le cas de plaques muqueuses, d'ulcérations de l'isthme du gosier. Les collutoires sont peu employés, on pourrait s'en servir contre les affections syphilitiques de la muqueuse buccale.

Gargarisme au sublimé (Ricord).

Deutochlorure de mercure.........	0,10 centigr.
Décoction de ciguë et morelle......	250 grammes.

D. Contre les ulcérations spécifiques de la gorge après la cessation de l'état aigu.

Gargarisme antisyphilitique.

Liqueur de Van Swieten..........	20 grammes.
Eau distillée.....................	100 —
Sirop...........................	30 —

M. Dans les mêmes cas que le précédent.

4° *Fumigations et bains.*

On a recours aux fumigations pour accélérer la guérison des syphilides rebelles.

Cinabre................	āā 8 à 15 grammes.
Benjoin................	

M. Faites brûler dans un appareil à fumigations. Lorsqu'il existe des phlegmasies spécifiques du pharynx, du larynx ou des bronches.

Dans le cas d'ulcérations profondes du nez, etc., on usera avec avantage des cigarettes mercurielles.

Cigarettes mercurielles (Trousseau).

Proto nitrate de mercure........	1 gramme.
Eau distillée....................	20 —
Acide nitrique.................	1 —

Dissolvez le sel dans l'eau acidulée, et imbibez dans cette solution un morceau de papier blanc non collé de 20 centimètres sur 15; faites sécher et pliez en cigarettes. Plusieurs fois par jour, inspirer lentement dans les bronches huit à dix gorgées de la fumée de cette cigarette.

Les bains sont un adjuvant utile du traitement interne, on les formule de la façon suivante :

Deutochlorure de mercure....	10 à 60 grammes.
Alcool....................	Q. s. pour dissoudre.

La dissolution est versée dans l'eau du bain; on doit se servir d'une baignoire en bois.

B. — Iodure de potassium et autres substances employées à l'extérieur.

L'iodure de potassium est bien moins fréquemment employé à l'extérieur que le mercure. Dans certaines circonstances cependant il peut avantageusement le remplacer.

Pommade iodurée.

Iodure de potassium..............	1 gramme.
Axonge.........................	15 —

Solution iodée.

Teinture d'iode..............	2 à 50 grammes.
Eau.........................	100 —

Pour panser les ulcérations. On peut employer la teinture pure, lorsqu'il n'y a aucune réaction locale.

Lotion chlorurée (Ricord).

Liqueur de Labarraque.......	40 à 100 grammes.
Eau......................	150 —

Lotionner les plaques muqueuses et les saupoudrer ensuite avec le calomel.

Solution de nitrate d'argent.

Azotate d'argent............	1 à 20 grammes.
Eau distillée...............	100 —

D.

Pour cautériser les plaques muqueuses. On peut aussi les toucher avec le nitrate d'argent en crayon.

Solution d'alcoolé de guaco (Pascal).

Alcoolé de guaco............	10 à 50 grammes.
Eau distillée	100 —

M. Pour panser les chancres et les ulcérations précoces et tardives.

Gargarisme chlorhydrique (Ricord).

Eau de laitue..................	150 grammes.
Miel rosat......................	50 —
Acide chlorhydrique............	15 gouttes.

M. Ulcérations secondaires et tertiaires, salivation.

Lorsque la réaction locale accompagne les accidents, on doit employer des moyens adoucissants. Nous verrons, à propos de l'ulcère simple, les agents thérapeutiques auxquels ils faut avoir recours dans les cas de complications du chancre.

CHAPITRE DEUXIÈME

MALADIES VÉNÉRIENNES

§ Ier. — Chancre simple.

Le chancre simple est un accident toujours local, il ne réclame *jamais* le traitement antisyphilitique.

Il faut éviter, dans le pansement de cette espèce d'ulcération, l'emploi des topiques dans lesquels entrent les corps gras et en particulier les pommades à base de mercure.

On doit toujours, à moins d'inflammation intense, tenter de transformer l'ulcère vénérien en plaie simple. On atteint souvent ce but par la cautérisation. On emploie le caustique carbo-sulfurique ou le chlorure de zinc ; on peut également se servir de la pâte de Vienne, de l'acide nitrique monohydraté.

Lorsque la cautérisation n'a pas réussi, dans les cas où l'on ne peut y avoir recours, on panse le chancre avec l'un des liquides que nous allons indiquer. On renouvelle le pansement plus ou moins souvent suivant l'abondance de la suppuration.

Vin aromatique.

Pur ou additionné de laudanum.

Solution de nitrate d'argent.

Azotate d'argent..................	0,25 centigr.
Eau distillée......................	30 —

D.

Solution ou chlorure de soude.

Hypochlorite de soude........	10 à 20 grammes.
Eau.........................	60 —

M.

Solution de guaco.

Alcoolé de guaco...........	10 à 15 grammes.
Eau......................	30 —

M.

Solution de tan.

Tan............................	10 grammes.
Eau bouillante.................	120 —

Laissez infuser pendant une heure et passez.

Solution au chlorure de zinc.

Chlorure de zinc liquide...........	0,10 centigr.
Eau	100 grammes.

Solution opiacée.

Extrait d'opium..................	4 grammes.
Eau de laitue....................	100 —

Pour panser le chancre enflammé.

Autre.

Vin aromatique..................	40 grammes.
Eau.............................	100 —
Laudanum de Sydenham...........	10 —

M.

On fera en même temps, lorsque l'irritation est grande, des fomentations émollientes sur la plaie. On prescrira l'opium à l'intérieur, des bains souvent renouvelés et le repos absolu de l'organe.

Mélange tonique.

Poudre de quinquina......	ãã parties égales.
— charbon........	

M. Chancres gangréneux.

Simultanément, on donnera les purgatifs répétés et la plaie sera lotionnée fréquemment avec la solution chlorurée pour enlever la mauvaise odeur.

Solution ferrico-potassique (Ricord).

Eau distillée....................	200 grammes.
Tartrate ferrico-potassique........	30 —

Spécialement employée pour le pansement des ulcérations phagédéniques de même que les deux formules suivantes :

Panser le chancre deux fois par jour avec ce liquide. Le malade doit prendre simultanément deux cuillerées à bouche de la liqueur chaque jour.

Pommade au stéarate de fer (Braille).

Stéarate de fer..................	40 parties.
Huile essentielle................	5 —

M.

Sparadrap au stéarate de fer.

Savon de Marseille...............	2 parties.
Sulfate de protoxyde de fer.......	1 —

M.

On applique ce sparadrap sous forme de bandelettes imbriquées.

§ II. — Blennorrhagie.

Le traitement de la blennorrhagie varie suivant la période à laquelle est parvenue la maladie.

Les malades, pendant tout le cours du traitement, doivent s'abstenir de vin pur, de liqueurs, de bière, de mets épicés, etc., en un mot de toutes les substances qui peuvent rendre l'urine irritante.

A. — **Traitement abortif.**

Lorsqu'il n'existe encore aucun symptôme inflammatoire, on doit essayer de faire avorter la blennorrhagie.

Injection au nitrate d'argent.

Azotate d'argent..................	1 gramme.
Eau distillée.....................	100 —

Cette injection nous a réussi dans la plupart des cas, nous croyons qu'il est le plus souvent inutile d'augmenter la proportion du sel lunaire. On fait une injection par jour, quatre ou cinq fois de suite ; on complète la guérison à l'aide d'injections simplement astringentes faites pendant le septénaire suivant.

Autre (Debeney).

Nitrate d'argent..................	0,60 centigr.
Eau distillée.....................	30 grammes.

D.

B. — **Traitement curatif.**

Pendant la période inflammatoire, on prescrit les boissons adoucissantes et émollientes : orge, chiendent, graine de lin. Plus tard on les remplace par les tisanes astringentes : ratanhia, cachou, bistorte, uva ursi, etc.

On ordonne en même temps deux ou trois bains simples par semaine. Il est rare qu'il soit nécessaire d'avoir recours aux sangsues à moins de complications.

Tisane émolliente.

Orge............... } ãã	15 grammes.
Chiendent .... }	
Eau....................	1,000 —

On édulcore avec le sirop d'orgeat ou de groseilles.

Tisane astringente.

Cachou concassé...........	6 grammes.
Eau bouillante............	1,000 —

On édulcore avec le sirop de ratanhia. Employée lorsque déjà les symptômes inflammatoires se sont amendés.

Nous remplaçons souvent les tisanes par de l'eau ordinaire sucrée avec le sirop d'orgeat ou de groseilles à la période aiguë, et plus tard avec le sirop de cachou, de bourgeons de sapin, de goudron, etc.

Opiats, bols, dragées, capsules, pilules, mixtures, etc., antiblennorrhagiques.

Huit à quinze jours après le début de la blennorrhagie, lorsque les symptômes aigus sont calmés, on a recours au cubèbe et au copahu pour *couper* l'écoulement.

Copahu solidifié.

Baume de copahu...............	100 grammes.
Magnésie calcinée..............	Q. s. pour solidifier.

M. 15 à 20 grammes par jour, en trois fois, dans du pain azyme.

Cubèbe en poudre.

Cubèbe.........................	100 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.........	10 —

Faire 10 paquets; 2 à 3 par jour dans un verre d'eau sucrée. Le cubèbe peut aussi être administré dans un sirop astringent.

Potion de Chopart.

Baume de copahu	ãã 60 grammes.
Alcool rectifié.................	
Sirop de tolu..................	
Eau de menthe	
Eau de fleur d'oranger..........	
Alcool nitrique.................	

2 à 6 cuillerées à bouche par jour. Préparation difficile à supporter et peu employée aujourd'hui.

Opiat de M. Diday.

Baume de copahu	12 grammes.
Poivre cubèbe	18 —
Poudre de jalap	3 —
Gomme-gutte	0,30 centigr.
Sirop de roses pâles	Q. s.

A prendre en 2 ou 3 fois dans la journée.

Électuaire de cubèbe et copahu (Cazenave).

Copahu	10 grammes.
Cubèbe	120 —
Teinture de vanille	Q. s.

M. 4 grammes 3 fois par jour.

Autre.

Cubèbe	60 grammes.
Copahu	30 —
Extrait thébaïque	0,10 centigr.
Magnésie	Q. s.

M. 3 fois par jour, gros comme une noix dans du pain azyme.

Sirop de cubèbe (Puche).

Sirop simple	āā 100 grammes.
Extrait alcoolique de cubèbe	

Mêlez et faites évaporer d'abord au bain-marie d'un alambic, puis à bain-marie découvert, jusqu'à ce que vous ayez ramené le sirop à son poids primitif.

Opiat balsamique (Trousseau).

Oléo-résine de copahu	30 grammes.
Poivre cubèbe	100 —
Tartrate ferrico-potassique	10 —

Dissolvez le tartratre dans environ 15 à 20 grammes d'eau : ajoutez le cubèbe, puis le copahu par petites proportions, et ajoutez sirop de coings, quantité suffisante pour donner la consistance d'électuaire. Chaque jour, 3 bols de la grosseur d'une noisette.

Bols balsamiques.

Oléo-résine de copahu	15 grammes.
Cubèbe en poudre	20 —
Alun en poudre	5 —
Excipient	Q. s

M. et D. en 50 bols ; 4 à 10 par jour.

Capsules, dragées.

On peut administrer le copahu et le cubèbe sous la forme de dragées, de capsules, etc., mais ces préparations, outre leur prix généralement élevé, s'altèrent à la longue. Il est préférable de les faire préparer chaque fois que l'on veut s'en servir. On n'a qu'à formuler des pilules ou des bols que l'on fait enrober.

Lavement de copahu.

Copahu........................	15 à 30 grammes.
Jaune d'œuf....................	N° 1.
Extrait thébaïque..............	0,05 centigr.
Eau............................	200 —

A prendre le soir et garder; dans les cas où l'estomac ne peut supporter le copahu.

Injections astringentes.

Sont prescrites lorsque la maladie est à son déclin.

Injection de zinc et tannin (Maisonneuve et Montanier).

Sulfate de zinc................	ãã 1 gramme.
Tannin.........................	
Eau............................	200 grammes.
Laudanum de Rousseau..........	3 —

M. 3 injections par jour.

Autre (Ricord).

Eau de roses..................	ãã 100 grammes.
Vin de Roussillon..............	
Tannin.........................	1 gramme.
Sulfate d'alumine et de potasse...	1 —

M. 2 ou 3 injections par jour.

Autre.

Acétate de plomb.............	1 gramme.
Sulfate de zinc...............	1 —
Eau..........................	200 —

M.

Autre.

Sulfate de zinc.............. 2 grammes.
Eau distillée................ 200 grammes.
Laudanum de Sydenham....... 2 —
M.

Autre.

Nitrate d'argent............ 0,05 à 0,50 centigr.
Eau distillée.............. 200 grammes.
D. Réussit souvent, lorsqu'il n'y a plus qu'un léger suintement.

§ III. — Blennorrhée.

On peut employer contre la blennorrhée la plupart des injections que nous avons données pour la blennorrhagie, seulement il faut augmenter la dose de la partie active.

Le traitement interne n'a en général que peu d'action contre cette affection, à moins d'indications précises. Ainsi on se trouve bien, dans les cas de scrofule, de dartre, d'anémie, de l'administration des antistrumeux, des antidartreux et des ferrugineux employés simultanément avec le traitement externe.

Injection (Ricord).

Eau distillée.............. 200 grammes.
Limaille de fer.............. 1 —
Proto-iodure de fer.......... 0,10 à 0,40 centigr.
M. 2 ou 3 injections par jour.

Autre.

Extrait de ratanhia.......... 2 grammes.
Eau...................... 200 —
M.

Autre.

Sous-nitrate de bismuth........ 15 grammes.
Eau gommeuse.............. 150 —
Agitez au moment de s'en servir.

§ IV. — Vaginite.

Le copahu et le cubèbe n'ont aucune action. Le traitement externe seul doit être employé.

Injection de MM. Maisonneuve et Montanier.

Sulfate de fer.	10 grammes.
Eau	500 —

Après chaque injection, introduire dans le vagin une certaine quantité de poudre d'amidon.

Glycérolé au tannin.

Tannin.	10 à 60 grammes.
Glycérine.	200 —

Introduire dans le vagin des tampons trempés dans ce mélange ; les renouveler chaque matin.

Ce glycérolé nous a souvent donné de beaux résultats.

On peut encore employer en injections toutes les substances astringentes. On aura également recours aux cautérisations avec le nitrate d'argent solide ou en solutions plus ou moins fortes.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Paris, A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.

